



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

**Facultad de Psicología**

**Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación**

**TESIS DOCTORAL**

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL TDAH  
E INVESTIGACIÓN DE VARIABLES PREDICTORAS**

**Autor:**

**ANTONIO CORTÉS RAMOS**

**Directores:**

**Dra. D. <sup>a</sup> MARÍA VICTORIA TRIANES TORRES**

**Dr. D. JESÚS MIRANDA PAEZ**

**Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación**


**Departamento de Metodología de Investigación en Ciencias del Comportamiento y de la Salud.**

**Universidad de Málaga (España) Málaga, 2015**



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

AUTOR: Antonio Cortés Ramos

 <http://orcid.org/0000-0002-3927-9112>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)

A mi esposa Isabel y a mis hijos Samuel y Nora

Por vuestro amor, comprensión y paciencia.

Sois la razón por la que merece la pena

ser mejor persona cada día.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

“Lo que distingue a las mentes verdaderamente originales no es el ser los primeros en ver algo nuevo, si no en ver como nuevo lo viejo, conocido desde siempre, visto e ignorado por todos”

F. Nietzsche

“Quien obra se equivoca algunas veces; pero quien no obra, vive en un continuo error”

S. Albernione

“No dejes nunca de soñar, sólo quien sueña aprende a volar”

Peter Pan



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

# AGRADECIMIENTOS

La finalización de esta Tesis Doctoral cierra una etapa de la vida, tanto personal como profesional. En lo personal supone un acto de superación ante situaciones vitales importantes, y en cierto modo en algunos momentos de luces y sombras su realización me ayudaba a mantener un cierto grado de cordura, aunque ha sido el apoyo de mi mujer e hijos los que aportaron la motivación extra para su conclusión. En cuanto a la parte profesional, la finalización de esta Tesis Doctoral significa un punto y seguido, ya que es el germen de otros proyectos ilusionantes cuyos frutos están por venir.

Agradecer a D<sup>a</sup> María Victoria Trianes la confianza depositada en mí, su paciencia, su comprensión y ayuda. Sin su profesionalidad no hubiera sido posible la finalización de esta Tesis Doctoral. Y a D. Jesús Miranda Páez su guía, su amistad y sus conocimientos.

A mis padres por enseñarme que el esfuerzo tiene su recompensa. A mi abuela que me enseñó a luchar por los sueños, y a mis hermanos por su apoyo incondicional.

También quiero agradecer a agradecer a Cristóbal, M<sup>a</sup> Ángeles y a Rafael, Salvador y María, a Laura mi compañera los apoyos y el cariño en momentos complicados y difíciles. También quiero agradecer a los profesionales que trabajan en la secretaría y biblioteca de Ciencias de la

Educación, y en especial Charo, Auxi, Manolo y Paqui, gracias por vuestro apoyo.

Agradecer en especial a otros grandes profesionales sus consejos y enseñanzas, ejemplos de la lucha y la mejora de la educación pública, Pepe, Juanjo, Juan y Reme.

A D<sup>a</sup> Julia Wärnberg y a D. Javier Barón por su ayuda en los análisis estadísticos, su profesionalidad y buen hacer, me han aportado gran cantidad de nuevos conocimientos.

Agradecer a los centros educativos, familias y alumnos participantes su colaboración, sin su participación no hubiera sido posible la realización de realización de esta Tesis Doctoral.



# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>1</b>
---------------------	----------

## **I. DETECCIÓN DEL ALUMNADO DE RIESGO EN POBLACIÓN ESCOLAR NO CLÍNICA Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA DEL SEGUNDO TRABAJO**

<b>1. Detección del alumnado de riesgo. El contexto escolar como contexto de prevención</b>	<b>9</b>
1.1. Psicopatología del desarrollo	10
1.2. Epidemiología del desarrollo	18
1.3. Prevención y niveles de prevención	22
<b>2. Modelos diagnósticos y evaluación en psicopatología del desarrollo</b>	<b>28</b>
<b>3. El Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)</b>	<b>32</b>
3.1. Escalas de síndromes en el Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF) y Teacher's Report Form (TRF)	38
3.2. Escalas orientadas al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) en el Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF) y Teacher's Report Form (TRF)	43
<b>4. Objetivos</b>	<b>45</b>
<b>5. Método</b>	<b>47</b>
5.1. Participantes	47

5.2. Instrumentos de evaluación	49
5.2.1. Teacher´s Report Form (TRF/6-18)	50
5.2.1.1. TRF Profile for boys and girls – Syndrome Scales	51
5.2.1.2. TRF DSM – Oriented Scales for boys and girls	52
5.2.2. Caregiver – Teacher Report Form (C-TRF 1½ - 5)	53
5.2.2.1. C-TRF Empirically Based Scales for boys and girls	53
5.2.2.2. C-TRF DSM – Oriented Scales for boys and girls	54
5.3. Procedimiento	54
5.4. Diseño	58
<b>6. Resultados</b>	<b>60</b>
<b>7. Discusión</b>	<b>96</b>

## **II. TDAH. ESTUDIO DE VARIABLES PREDICTORAS**

<b>1. Trastornos externalizantes. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)</b>	<b>107</b>
1.1. Revisión de modelos teóricos del TDAH	107
1.1.1. Modelo de Wender. Disfunción cerebral mínima	108
1.1.2. Modelo de Douglas. Déficit de atención	111
1.1.3. Modelos basados en la desinhibición conductual	116
1.1.4. Modelo de Barkley. Autorregulación	126
1.2. Evolución del TDAH a lo largo del desarrollo	132
1.3. Evaluación y diagnóstico del TDAH	135
1.4. Prevalencia	161
1.5. Comorbilidad	163

<b>2. Variables predictoras. El estrés autopercebido estrés parental y estilo de crianza</b>	<b>164</b>
2.1. Concepto de estrés	164
2.1.1. Orígenes y aproximaciones al concepto de estrés	165
2.1.2. El estrés como estímulo	171
2.1.3. El estrés como respuesta	172
2.1.4. El estrés como interacción estímulo-respuesta	174
2.2. Situaciones estresantes infantiles	175
2.3. Estrés autopercebido	179
2.4. Estrés parental y estilo de crianza	181
<b>3. Objetivos</b>	<b>185</b>
<b>4. Método</b>	<b>186</b>
4.1. Participantes	186
4.2. Instrumentos de evaluación	188
4.2.1. Cuestionario de Estrés Infantil Autopercebido (CEIA)	188
4.2.2. Parent's Stress Index (PSI)	189
4.2.3. Inventario de Prácticas de Crianza	195
4.3. Procedimiento	197
4.4. Diseño	198
<b>5. Resultados</b>	<b>199</b>
<b>6. Discusión</b>	<b>205</b>

### **III. REFERENCIAS**

215

### **IV. ANEXOS**

1. Cuestionario Infantil de Estrés Autopercibido	251
2. Cuadernillo de aplicación	254
3. Programa de Detección y Prevención del Alumnado de Riesgo.	263

## **ÍNDICE DE CUADROS**

Cuadro 1. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)	33
Cuadro 2. Criterios diagnósticos de TDAH del DSM IV-TR	141

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Sistema ecológico biopsicosocial (Adaptado de Sameroff, 2014)	18
Figura 2. Elementos que forman la dimensión Problemas Totales	37
Figura 3. Problemas en la Etapa de Educación Infantil	39
Figura 4. Problemas en la etapa de Educación Primaria	41
Figura 5. Descripción del sexo de los participantes en el estudio (n=423)	48

Figura 6. Modelos teóricos del TDAH	108
Figura 7. Sistemas activación en el modelo de Gray	117
Figura 8. Modelo cognitivo-energético de Sergeant (2000)	123
Figura 9. Modelo híbrido de Barkley (1997)	127
Figura 10. Elementos que intervienen en la evaluación del TDAH	138
Figura 11. Fases del proceso evaluativo	144
Figura 12. Descripción del sexo de los participantes en el estudio (n=60)	188

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra por edad (n=423)	48
Tabla 2. Distribución por Centro	57
Tabla 3. Prevalencia de los Problemas Internalizantes del total de la muestra	63
Tabla 4. Prevalencia de los Problemas Internalizantes de 5 años	64
Tabla 5. Prevalencia de los Problemas Internalizantes de 6 años	65
Tabla 6. Prevalencia de los Problemas Internalizantes de 7 años	66
Tabla 7. Prevalencia de los Problemas Internalizantes de 8 años	67

Tabla 8. Prevalencia de Problemas Externalizantes del total de la muestra	70
Tabla 9. Prevalencia de los Problemas Externalizantes de 5 años	71
Tabla 10. Prevalencia de los Problemas Externalizantes de 6 años	72
Tabla 11. Prevalencia de los Problemas Externalizantes de 7 años	73
Tabla 12. Prevalencia de los Problemas Externalizantes de 8 años	74
Tabla 13. Prevalencia de Problemas Atencionales (Primaria) en alumnado de 6 años	77
Tabla 14. Prevalencia de Problemas Atencionales (Primaria) en alumnado de 7 años	78
Tabla 15. Prevalencia de Problemas Atencionales (Primaria) en alumnado de 8 años	79
Tabla 16. Prevalencia de Problemas totales de la muestra completa	82
Tabla 17. Prevalencia de Problemas totales de 5 años	83
Tabla 18. Prevalencia de Problemas totales de 6 años	84
Tabla 19. Prevalencia de Problemas totales de 7 años	85
Tabla 20. Prevalencia de Problemas totales de 8 años	86
Tabla 21. Prevalencia de Problemas del Desarrollo en alumnado de cinco años, con correspondencia con criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4 <sup>a</sup> Ed. Test Revision (DSM IV-TR	90

Tabla 22. Prevalencia de Problemas de Conducta en alumnado de Ed. 91

Primaria, con correspondencia con criterios diagnósticos del  
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4ª Ed.  
Test Revision (DSM IV-TR)

Tabla 23. Prevalencia de Problemas Afectivos en alumnado de 92

Infantil y Primaria, con correspondencia con criterios  
diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental  
Disorder, 4ª Ed. Test Revision (DSM IV-TR)

Tabla 24. Prevalencia de Problemas de Ansiedad en alumnado de 93

Infantil y Primaria, con correspondencia con criterios  
diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental  
Disorder, 4ª Ed. Test Revision (DSM IV-TR)

Tabla 25. Prevalencia de Trastorno por Déficit de Atención con 94

Hiperactividad (TDAH) en alumnado de Infantil y Primaria,  
con correspondencia con criterios diagnósticos del Diagnostic  
and Statistical Manual of Mental Disorder, 4ª Ed. Test  
Revision (DSM IV-TR)

Tabla 26. Prevalencia de Trastorno Oposicionista Desafiante en 95

alumnado de Infantil y Primaria, con correspondencia con  
criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of  
Mental Disorder, 4ª Ed. Test Revision (DSM IV-TR)

Tabla 27. Aspectos evolutivos más destacados en el proceso de desarrollo (Sroufe y Rutter, 1984)	176
Tabla 28. Factores que intervienen en la experiencia de estrés en la infancia. (Trianes, 2002)	177
Tabla 29. Distribución de la muestra por edad	187
Tabla 30. Puntuación de la dimensión de Estrés Autopercebido según Cuestionario de Estrés Infantil Autopercebido (CEIA)	200
Tabla 31. Puntuación de las dimensiones de Estilos Parentales del Inventario de Prácticas de Crianza (IPC)	200
Tabla 32. Puntuación del Estrés Familiar Total del Parental Stress Index (PSI)	201
Tabla 33. Puntuación del dominio Niño del Parental Stress Index (PSI)	203
Tabla 34. Puntuación del dominio Padres del Parental Stress Index (PSI)	204
Tabla 35. Resumen del análisis de regresión logística condicional. Variables que pronostican la presencia de TDAH no clínico	205



# PRESENTACIÓN

Esta Tesis Doctoral surge de la necesidad de dar respuestas al profesorado en su día a día, ya que hay un desconocimiento sobre características psicológicas del alumnado que hay en las aulas. Aunque existen alumnos detectados clínicamente, quedan por conocer las características de otra parte del alumnado que pueden determinarse de riesgo. Por lo tanto se hace fundamental el trabajo de detección del alumnado de riesgo para la realización de programas de prevención e intervención. La mejor intervención es la que está basada en una evaluación previa que detecta los casos que más pueden beneficiarse de la intervención (Ezpeleta, 2005). Esta intervención cuando se implementa en niños y niñas pequeños puede ser llamada también prevención puesto que reduce los riesgos presentes evitando que se desarrolle el trastorno. En esta tesis se ha intentado seguir el patrón de evaluación / prevención tan utilizado en los EEUU en estos años en el campo de estudio del TDAH.

La Tesis Doctoral está dividida en dos estudios, el primer estudio va dirigido a la detección del alumnado de riesgo en una población escolar no diagnosticada. En este estudio se determina la prevalencia de los distintos trastornos tanto a nivel internalizante como externalizante. Además se aporta una prevalencia de alumnos que pueden ser susceptibles de ser evaluados

mediante clasificaciones formales como el DSM. Y a partir de los participantes con riesgos de sintomatología externalizante de TDAH se ha compuesto la muestra para el segundo estudio. Este estudio se ha realizado en el aula con la finalidad de aportar al profesorado los resultados tanto de la evaluación como de la intervención que podrá desarrollarse en el futuro con la información aportada por la presente tesis. Sería necesario que en la escuela se pudiera implementar un programa de detección que además de seleccionar al alumnado de riesgo pueda ofrecer un plan de tratamiento individualizado en función de las necesidades del alumnado, eficaz en cuanto que forma al profesorado y también a las familias para conseguir óptimos resultados. Todo ello estando el alumnado con el trastorno integrado en la clase de forma que pueda seguir el ritmo de aprendizaje sin que haya disrupción o problemas de conducta.

En un segundo estudio y partiendo de los resultados obtenidos en el primero, se ha seleccionado a los alumnos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) para estudiar el impacto del estrés autopercebido, el estrés parental y el estilo de crianza como variables predictoras de dicha sintomatología. Estas variables se han seleccionado en función de que en la literatura han demostrado una influencia recíproca e incluso a veces mediadora de las relaciones entre el TDAH de un hijo o hija y su interacción con la familia. El presente estudio, a diferencia de la mayoría de los estudios, se ha llevado a cabo con niños y niñas sin diagnóstico formal. Y

además el presente estudio se ha centrado en el estrés que sufrir el trastorno le acarrea al niño o niña TDAH y a sus familias, pudiendo llegar a modificar los hábitos de educación y crianza.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

# **I. DETECCIÓN DEL ALUMNADO DE RIESGO EN POBLACIÓN ESCOLAR NO CLÍNICA**



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



# I. DETECCIÓN DEL ALUMNADO DE RIESGO EN POBLACIÓN ESCOLAR NO CLÍNICA

- 1. Detección del alumnado de riesgo. El contexto escolar como contexto de prevención**
  - 1.1. Psicopatología del desarrollo
  - 1.2. Epidemiología del desarrollo
  - 1.3. Prevención y niveles de prevención
- 2. Modelos diagnósticos y de evaluación en psicopatología del desarrollo. El Modelo categórico frente al Modelo psicométrico-dimensional.**
- 3. El Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)**
  - 3.1. Escalas de síndromes en el Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF) y Teacher's Report Form (TRF)
  - 3.2. Escalas orientadas al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) en el Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF) y Teacher's Report Form (TRF)
- 4. Objetivos**
- 5. Método**
  - 5.1. Participantes
  - 5.2. Instrumentos de evaluación
    - 5.2.1. Teacher's Report Form (TRF/6-18)
      - 5.2.1.1. TRF Profile for boys and girls – Syndrome Scales
      - 5.2.1.2. TRF DSM – Oriented Scales for boys and girls
    - 5.2.2. Caregiver – Teacher Report Form (C-TRF 1½ - 5)
      - 5.2.2.1. C-TRF Empirically Based Scales for boys and girls
      - 5.2.2.2. C-TRF DSM – Oriented Scales for boys and girls
  - 5.3. Procedimiento
  - 5.4. Diseño
- 6. Resultados**
- 7. Discusión**



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



## **1. Detección del alumnado de riesgo. El contexto escolar como contexto de prevención.**

No se puede explicar el desarrollo humano sin tener en cuenta los contextos en los que se desarrolla. El desarrollo implica cambio y reorganización bajo el principio de la continuidad. Dicho principio tiene una importancia fundamental para comprender los procesos causales en el desarrollo y la dirección y organización del desarrollo. Otro principio es que cualquier factor de riesgo solo puede ser entendido en función del momento en el que ocurre y el estadio de desarrollo del niño y como interactúa en el desarrollo del riesgo. (Pennington, 2002)

En la etapa infanto-juvenil muy importante es el contexto escolar ya que cualquier alumno de la enseñanza obligatoria pasa una media de 375 días en el centro educativo desde los seis a los dieciseis años (Miranda, Jarque y Tárraga, 2005). El contexto escolar juega un importante papel para la prevención, detección e intervención en psicopatología del desarrollo, potenciando o minimizando los efectos de dichas problemáticas. Una detección precoz en el centro escolar, implicaría cumplir con el objetivo de la prevención, como exponen (Coie, Watt, West, Hawkins, Asarnow, Markman, et al. (1993. p.1013) “eliminar o mitigar las causas del trastorno, ya que por definición los esfuerzos preventivos ocurren antes de que la enfermedad se

manifieste por completo; por lo tanto la ciencia de la prevención se centra principalmente en el estudio sistemático de los precursores potenciales de la disfunción y de la salud, llamados respectivamente factores de riesgo y de protección”.

Un aspecto importante para el desarrollo es considerar las continuidades y discontinuidades entre normalidad y psicopatología (Harrington, 2001). Este aspecto quedaría bajo el marco teórico de la psicopatología del desarrollo, ya que permite estudiar y predecir las conductas y los procesos adaptativos en el tiempo, facilitando la comprensión, la intervención y la prevención en psicopatología infantil. Se establece así una relación bidireccional entre psicopatología y desarrollo, permitiendo, la comprensión de los procesos causales desde el punto de vista del desarrollo, determinar las diferencias entre normalidad y psicopatología (Lewis, 2000; Rutter y Sroufe, 2000; Sameroff, 2000).

### **1.1. Psicopatología del desarrollo**

La psicopatología del desarrollo es una disciplina joven que inicialmente se centraba en entender la etiología de los trastornos mentales en la edad adulta mediante el estudio de la etapa infantil y sus trastornos, y que sigue en constante evolución. La psicopatología del desarrollo es un

macroparadigma que integra varias disciplinas, como la psicología clínica, la psiquiatría, la genética, la neurología, la psicología evolutiva o la epidemiología (Toro y Ezpeleta, 2014).

La psicopatología del desarrollo se define como “el estudio y predicción de las conductas y los procesos no adaptativos en el tiempo” (Lewis, 2000, p.3). Esta disciplina nos facilita el entender, tratar y prevenir los problemas mentales (Sameroff, 2000). Se produce una relación bidireccional psicología-desarrollo. El macroparadigma comprende tres aspectos clave: la comprensión de los procesos causales, el concepto de desarrollo y la importancia de las continuidades y discontinuidades entre la normalidad y la psicopatología (Rutter y Sroufe, 2000).

Toro y Ezpeleta (2014) exponen que la psicopatología del desarrollo no es sinónimo de psicopatología infantil, aunque no pueden entenderse los trastornos en el adulto sin comprender su evolución desde la infancia. La psicopatología del desarrollo entiende la disfunción de manera dinámica interactuando con los contextos de desarrollo y sujeta a la acción de riesgos y afrontamientos no solo del niño o niña sino de los adultos de referencia (Rutter y Sroufe, 2000; Sameroff, 2014). Estos mismos autores hablan de que la

psicopatología infantil permanece dependiente del diagnóstico categórico y su aproximación al síntoma es bajo la óptica de presencia/ ausencia.

Toro y Ezpeleta (2014) exponen la siguiente relación existente entre la psicopatología del desarrollo y el proceso evolutivo:

- Una gran parte de los trastornos aparecen con mayor frecuencia en etapas concretas del desarrollo.
- No siempre existe una coincidencia entre las circunstancias ni la sintomatología con la que un mismo trastorno puede manifestarse en distintas etapas del desarrollo.
- Los efectos de un trastorno a corto, medio o largo plazo no son los mismos, dependiendo de la etapa evolutiva de su aparición.
- Los factores de riesgo o de protección varían en función de la fase de desarrollo.
- Los trastornos comórbidos a un trastorno concreto suelen modificarse en función de la etapa de desarrollo.
- La gravedad y pronóstico suelen ser más desfavorables en función de la edad de inicio del trastorno.
- A nivel funcional, existirá una mayor disfunción adaptativa en función de la suma de la sintomatología que acompañe al trastorno y de su interferencia en la calidad de vida en el día a día. Como mencionan los

autores, cuanto más precoz sea su aparición y cuanta más duración tenga, mayor será el grado de disfunción adaptativa.

- Los modelos de intervención variarán en función de la edad de desarrollo.

Rutter y Sroufe (2000) plantean los siguientes conceptos centrales para la psicopatología del desarrollo. En primer lugar los procesos causales, en segundo lugar el concepto de desarrollo y por último la importancia de las continuidades y discontinuidades entre normalidad y psicopatología. Para los autores los procesos causales, si bien no tienen una causa única y pueden estar influidos por diversos factores, han podido demostrar que los factores genéticos juegan un papel importante en las diferencias individuales en todo tipo de comportamiento. Se demuestra así que las influencias genéticas operan con respecto a las variaciones normales en el comportamiento, e igualmente respecto a los trastornos. Una de las cuestiones más importantes derivada de la investigación genética es que las influencias genéticas son probabilísticas y no deterministas, y que los factores ambientales y los factores genéticos tienen el mismo peso para explicar variaciones de la conducta (Plomin y Rutter, 1998; Rutter y Plomin, 1997).

Para la comprensión de los procesos causales también es importante desde la perspectiva de la psicopatología del desarrollo entender cómo operan los factores de riesgo y de protección, ya que los factores de riesgo o de protección pueden ser específicos de un trastorno o afectar a varios trastornos, aspecto que se complica cuando existen otros problemas comórbidos. A lo anterior se suman las diferencias individuales, así como las diferencias que pueden aparecer en lo innato y lo aprendido en la interacción con un contexto (Rutter y Sroufe, 2000; Toro y Ezpeleta, 2014).

El segundo concepto central relacionado con la psicopatología del desarrollo es el concepto de desarrollo ya que para poder establecer una relación entre normalidad y psicopatología es imprescindible situarla en un contexto evolutivo. El desarrollo implica cambio y reorganización de cierta continuidad. Es importante la creación de estrategias de prevención acordes con los procesos causales que anidan en el desarrollo (Ezpeleta, 2005). Es el momento evolutivo el que va determinar los efectos de los factores tanto de riesgo como de protección y la interacción con dicha etapa del desarrollo (Pennington, 2002). Un factor de riesgo es aquel que aumenta la probabilidad de que aparezca un trastorno mientras que un factor de protección es el que disminuye la probabilidad o minimiza el efecto del trastorno (Ezpeleta, 2005). Un ejemplo sería que el niño identifique los cambios y reorganizaciones

demandadas por el contexto evolutivo lo cual repercutirá en su capacidad para organizar y regular la experiencia, posibilitando un buen funcionamiento adaptativo en el niño (Sameroff, 2014).

Por último cabe mencionar el concepto de las continuidades y discontinuidades entre normalidad y psicopatología, la psicopatología del desarrollo intenta delimitar los mecanismos que están involucrados entre las continuidades y discontinuidades, para así poder determinar el rango que va desde lo normal hasta lo psicopatológico. (Ezpeleta, 2005; Harrington, 2001; Rutter y Sroufe, 2000).

En una aportación realizada por Sameroff (2014), relacionaba conceptos de la psicopatología del desarrollo con la intención de unificar la teoría de desarrollo. Recientemente propuso unificar teorías del desarrollo, mediante la utilización de cuatro modelos para la comprensión del cambio psicológico. Un modelo personal, un modelo contextual, un modelo de regulación y un modelo de representación (Sameroff, 2010). Sin embargo añadió un quinto modelo como esencial, el modelo evolutivo.

El modelo personal o del individuo, es necesario para entender cómo los niños cambian a lo largo del tiempo, entendiendo el cambio en dimensiones no solo cuantitativas, sino también cualitativas. Como por ejemplo el apego va evolucionando en las distintas edades hasta la vejez.

El modelo contextual es necesario para comprender la experiencia y el comportamiento del niño en los distintos contextos en los que se desenvuelve, y como éste puede verse influenciado en su desarrollo por los valores que los contextos transmiten. Bronfenbrenner (1977) mediante su modelo ecológico delimitó una serie de predicciones de cómo los valores transmitidos por los distintos contextos pueden influir o no en el desarrollo de los niños. El modelo ecológico hace referencia a cómo un factor puede interpretarse como positivo o negativo en función de la aportación a la salud mental del niño, haciendo hincapié en las contribuciones de múltiples variables ambientales en múltiples niveles de organización social en múltiples dominios de desarrollo del niño (Sameroff, 2014). En el campo de la prevención podríamos hablar de la potencia de los contextos actuando como minimizadores o potenciadores de los factores de riesgo y de protección.

El modelo de regulación, se mueve entre la psicología, la biología y lo social (Sameroff, 1995). Lo que empieza como una regulación de aspectos básicos, como el hambre, la regulación de la temperatura, etc. a lo largo del ciclo evolutivo se convierten en la regulación del comportamiento, de la atención o de las interacciones sociales. Este modelo hace al desarrollo y a la identificación de los factores que influyen en la capacidad del niño para organizar y regular la experiencia, factores clave para determinar un



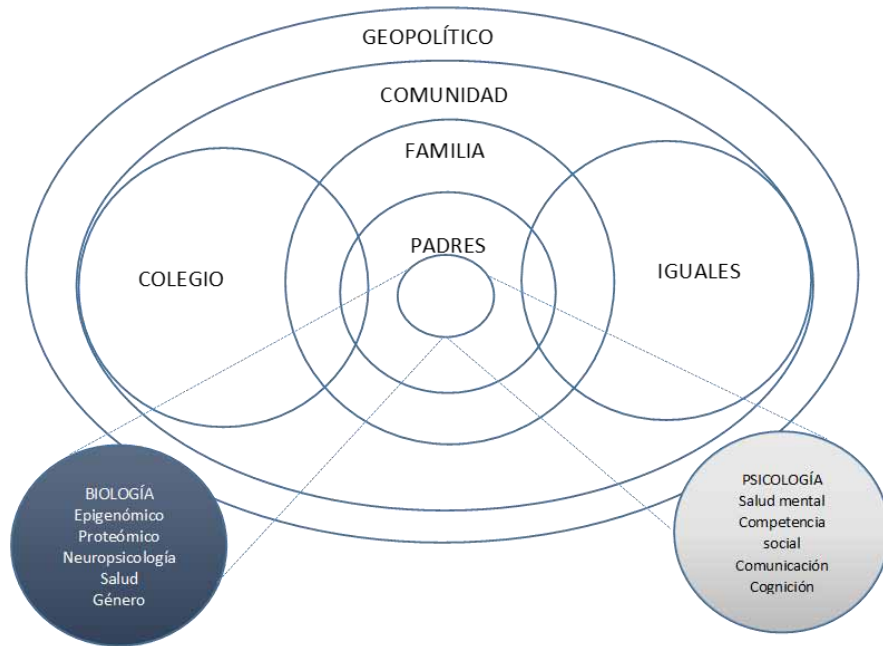
funcionamiento adaptativo y la capacidad de autorregulación (Sameroff, 2015).

El modelo de representación se refiere a codificaciones de la experiencia en el mundo externo que son elaboradas a nivel interno. Son estructuras cognitivas, donde la experiencia es codificada en niveles abstractos que proporcionan una estructura interpretativa para nuevas experiencias, así como de un sentido de sí mismas y de otros. En último lugar el modelo evolutivo es necesario para explicar el codesarrollo genético, el funcionamiento psicológico y social.

Combinando los cinco modelos Sameroff (2015), ofrece la interconexión de procesos que comprenden el desarrollo humano, sobre todo como se relacionan con la psicopatología, ya que dentro de cada modelo hay discontinuidades que pueden influir directamente en la potenciación o la inhibición del desarrollo infantil. En el sistema ecológico Biopsicosocial el *self* se describe como el conjunto de interacciones entre dominios psicológicos (dominios cognitivos, emocionales, de inteligencia, salud mental, competencia social) y biopsicosociales (Neurofisiología, neuroendocrinología, genómico) de un individuo en un contexto de desarrollo (Familia, colegio, iguales, comunidad). En la figura 1 se detallan las interacciones de dicho sistema.

**Figura 1.**

Sistema ecológico biopsicosocial (Adaptado de Sameroff, 2014. p.39)



## 1.2. Epidemiología del desarrollo

Desde sus orígenes la epidemiología ha sufrido un constante desarrollo, habiéndose centrado en el estudio de las enfermedades en una población, produciéndose unos patrones en el tiempo y en el espacio, la epidemiología intenta comprender los patrones de patología observables en esas dos dimensiones y usar este conocimiento como base para la prevención y el tratamiento. Por lo que se observa una doble vertiente informativa, una relacionada con los profesionales de la salud a nivel científico y una segunda

relacionada con los organismos e instituciones encargadas de velar por la salud pública (Angold y Costello, 2005).

En cuanto a la parte científica, sus primeras estimaciones eran realizadas en función de la presencia o ausencia de una enfermedad. Fueron en las décadas de los años 60 y 70 cuando se intentaron definir los problemas conductuales y emocionales de los niños en términos cuantitativos o dimensionales y se llegó a un acuerdo sobre la distinción entre lo que actualmente se conoce como problemas internalizantes y externalizantes. (Achenbach, 1966; Achenbach, y Edelbrock, 1978; Achenbach, Conners, Quay, Verhulst, y Howell, 1989).

Una definición que pone de manifiesto el punto de vista epidemiológico, es la proporcionada por Woodward (1999):

“La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de la enfermedad en la población humana ... El objetivo esencial de la epidemiología es informar a los profesionales sanitarios y al público en general a fin de realizar mejoras en la situación general de la salud” (pp. 1-2).

La epidemiología es una de las ciencias que aportan su conocimiento a la psicopatología del desarrollo. La investigación epidemiológica reciente se ha extendido a examinar cuestiones que son mucho más relevantes tanto para la investigación como para prevención o la intervención, incluyendo la

identificación de síndromes clínicos, factores asociados a síndromes psiquiátricos, o la identificación y determinación del riesgo individual para el trastorno. La evolución de la epidemiología clásica, hacia la epidemiología del desarrollo implica una reestructuración del enfoque, ya que ha avanzado desde una comprensión inicial de que la epidemiología implica el comportamiento categórico; casos que se definen por la presencia o ausencia del trastorno que se está estudiando, hacia un punto de vista evolutivo y ecosistémico (Walker-Barnes, 2003).

El punto de vista evolutivo incluye una visión del continuo del comportamiento a lo largo del ciclo vital, además teniendo en cuenta no sólo si un niño tiene un trastorno particular, sino también el nivel de deterioro de la conducta y el grado en que la conducta se mantiene estable a lo largo del tiempo. De hecho, el cambio en el comportamiento, es una evidencia de la disminución de la severidad de los síntomas y del deterioro en el funcionamiento, lo cual es un objetivo primordial de la práctica clínica. Otro aspecto mencionado anteriormente está relacionado con el contexto de desarrollo, ya que se ha producido una evolución del foco de atención, en lugar de centrarse en el individuo el énfasis se centra en la población. La epidemiología del desarrollo es esencialmente el estudio de cómo los procesos de desarrollo son afectados por la ocurrencia y distribución de la psicopatología en la población general (Walker-Barnes, 2003).

Otra aportación a la psicología del desarrollo desde la epidemiología es la relacionada con la metodología epidemiológica. Metodología que intenta encontrar un equilibrio con el modelo clínico, ya que mientras que el modelo clínico se centra adecuadamente en la salud del individuo, intentando entender y mejorar el desarrollo de los niños, la perspectiva epidemiológica se centra en la salud en general y en el desarrollo de una población o comunidad. En otras palabras, lo que se puede hacer para reducir las tasas o la frecuencia de los trastornos a través de una comunidad, esto plantea aspectos también relevantes desde el punto de vista de la prevención. Este dilema entre la visión clínica y la epidemiológica puede ser más complicado en los modelos de múltiples factores de riesgo, en los que queda de manifiesto la relación existente entre un mayor riesgo a nivel individual y la disminución de los efectos de ayuda a nivel comunitario, en los modelos de múltiples factores de riesgo (Mason, 2003).

Tu (2003) describe una serie de medidas epidemiológicas de efecto, como la ratio de riesgo (RR), odds ratio (OR) o la fracción atribuible a una población (PAF), aunque la principal herramienta de la epidemiología son los porcentajes de prevalencia, ya que reflejan la proporción de personas de la población afectada por un trastorno en cualquier punto dado en el tiempo. Los porcentajes de prevalencia se componen de dos partes: un denominador (el

tamaño de la población en estudio) y un numerador (el número de individuos con el trastorno) (Walker-Barnes, 2003).

### 1.3. Prevención y niveles de prevención

Al estar enmarcados dentro del ámbito del desarrollo lo deseable sería prevenir la aparición de un trastorno durante toda la etapa escolar. El objetivo de la prevención es evaluar en distintas etapas para detectar cuando aparece el trastorno y poder actuar en el mismo momento de su aparición. Su detección temprana además de beneficiar al niño en su desarrollo y su calidad de vida, refuerza la capacidad de actuación de calidad de otros contextos como el familiar y el escolar. Ambos contextos pueden actuar como potenciadores o minimizadores de los efectos de un trastorno. Otro aspecto importante sobre la prevención es que debiera ser de naturaleza primaria es decir que debe llevarse a cabo con poblaciones normativas independientemente de que pueda encontrarse alumnado en riesgo o que cumpla criterios suficientes para el diagnóstico de un trastorno (Coie, et al., 1993; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Ezpeleta, 2005; Roberts, Attkinson, & Rosenblatt, 1998).

Se pretende, dentro del modelo escolar, considerar al maestro como principal agente de detección y prevención. No se pretende convertir al maestro en un clínico diagnosticador, sino aprovechar su conocimiento a nivel



evolutivo y su experiencia al observar a sus alumnos, para poder determinar la presencia o ausencia de comportamientos que puedan derivar hacia la determinación de la existencia de un trastorno. Además, el profesor posee también conocimiento de la familia que puede aportar para la prevención.

La mayoría de los modelos clasificatorios provienen del modelo médico (Gordon, 1987; 1983), produciéndose una clasificación de las intervenciones preventivas en función de la presencia o ausencia de un trastorno (Caplan, 1964). Mas actualmente se presentó un modelo alternativo basado en a quién va dirigida la intervención, estando mas relacionado con el ambito de la salud mental y el diagnóstico de psicopatologías (Institute of Medicine, 1994). Este modelo es más utilizado actualmente en el ambito de la prevención de psicopatología del desarrollo. Dicho modelo establece los niveles de intervención preventiva relacionada con los diagnosticos de trastornos mentales. Se explicitan a continuación tres niveles de prevención :

- Intervención preventiva universal. Dirigida a una población general o subgrupo de dicha población que no ha sido identificado sobre una base de riesgo individual. La prevención es aplicable para todos los miembros de esa población.
- Intervención preventiva selectiva. Dirigida a individuos o subgrupos de población con un mayor riesgo de desarrollar problemas mentales. Los



factores de riesgo asociados a los sujetos o poblaciones diana son determinantes por estar relacionados con el inicio de una psicopatología.

- Intervención preventiva indicada. Dirigida a individuos que son susceptibles de recibir una intervención, ya que presentan una sintomatología mínima pero detectable que pueden estar relacionadas con la presencia de psicopatología, aún incluso no cumpliendo con criterios diagnósticos claros. Por lo que se trataría de una intervención preventiva desde el momento en que detectamos factores de riesgo que puedan ser significativos de la presencia de un trastorno. Todo ello con el objetivo de minimizar o paliar los efectos del desarrollo de dicho trastorno. Se trataría por tanto de una atención temprana en psicopatología del desarrollo.

Este modelo clasificatorio está más relacionado con el diagnóstico de trastornos mentales, permitiéndonos una prevención más eficaz que va a ser determinante para el tratamiento y el seguimiento en los distintos contextos. Desde el punto de vista clínico la prevención que hace el profesor permite una mayor detección y derivación de alumnado de riesgo a los servicios correspondientes. Y desde el punto de vista escolar, el maestro tiene información rápida de cuál es su alumnado de riesgo, independientemente de



que haya un diagnóstico de trastorno o no, para poder poner en marcha programas eficaces de prevención dentro del aula que son una herramienta eficaz y útil en el día a día del maestro en su quehacer educativo.

Sin embargo hoy existen dificultades para que la prevención en psicopatología se lleve a cabo eficazmente. Una de ellas es la dilatación en la detección del alumnado de riesgo y en la posterior intervención incluso perdiéndose un curso escolar en ello o no llegándose a producir el diagnóstico nunca. Una segunda dificultad sería el hecho de que no se produce siempre que se necesita una atención temprana en psicopatología del desarrollo.

Además el programa de prevención puede centrarse en el individuo o en el contexto (Durlak y Wells, 1997). El enfoque preventivo iría dirigido al contexto escolar y centrado en el alumnado. Nuestro estudio se enfoca en el alumnado de Educación Infantil y Primaria, de los cinco a los ocho años, y está dirigido a detectar los problemas internalizantes y externalizantes que pueden presentarse en dichas edades. Distintas investigaciones encuentran la siguiente prevalencia de trastornos internalizantes y externalizantes. Cabe destacar que la prevalencia estudiada no es exhaustiva sino se han seleccionado dos estudios actuales como ejemplo ya que demuestran datos próximos entre sí.

Ginie et al. (2014) estudiaron la prevalencia de trastornos tanto internalizantes como externalizantes en una población infantil 562 niños, con

un rango de edad comprendido entre los 7 y 11 años de edad. Los resultados obtenidos por los autores indican una prevalencia de trastornos internalizantes y externalizantes del 8,8 %.

En el estudio epidemiológico realizado por Gritti et al. (2014) en una población infantil de 909 niños con edades comprendidas entre los 8 y 9 años de edad se emplearon tanto Child Behavior Checklist (CBCL) cumplimentada por la familia, como el Teacher Report Form (TRF) cumplimentada por el profesor, ambos de ASEBA (Achenbach y Rescorla, 2001) Los autores utilizan la versión italiana del cuestionario, aunque no contaban con puntuaciones normativas en población italiana en el momento del estudio. De la información proporcionada por los padres, los autores indican una prevalencia total de trastornos del 18.5 % (chicas 16.0 %; 13.2 % chicos), en trastornos internalizantes 8.5 % (chicas 22.7 %; 13.9 % chicos), y en trastornos externalizantes 8.0 % (chicas 10.7 %; 10.7 % chicos). En cuanto a la prevalencia de trastornos obtenida del cuestionario cumplimentado por los profesores (TRF), obtenemos una prevalencia total de trastornos del 8.7 %, no encontramos diferencias significativas entre ambos sexos. Un 13,3 % de prevalencia de trastornos internalizantes (chicas 15.1 %; 11.1 % chicos) y un 9,6 % de prevalencia de trastornos externalizantes, aunque al igual que en la prevalencia total, tampoco encontramos diferencias significativas entre ambos sexos.

De este estudio destaca además los resultados de las escalas DSM del TRF tanto en trastornos internalizantes, trastornos afectivos (chicos: borderline 3.4 % y 1.1 % clínico; chicas: borderline 2.9 % y 2.0 % clínico), trastornos de ansiedad (chicos: borderline 8.1 % y 1.1 % clínico; chicas: borderline 9.0 % y 4.4 % clínico), como en externalizantes, trastorno oposicionista desafiante (TOD) (chicos: borderline 1.4 % y 1.0 % clínico; chicas: borderline 2.1 % y 1.2 % clínico), trastorno de conducta (CD) (chicos: borderline 0.8 % y 1.3 % clínico; chicas: borderline 2.3 % y 2.0 % clínico) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (chicos: borderline 1.0 % y 1.8 % clínico; chicas: borderline 2.0 % y 0.8 % clínico).

En cuanto a la prevalencia de trastornos tanto internalizantes como externalizantes Angold et al. (2003), en una muestra de población infantil no clínica de 1420 niños de edades comprendidas entre los 9 y 13 años, utilizando CBCL, muestra que un 36.7 % de los niños en general presentan criterios DSM-IV suficientes con posibilidad diagnóstica de al menos uno o más trastornos. En cuanto a la distribución por género los autores encontraron un 31% chicas y un 42 % en chicos con posibilidad diagnóstica de algún trastorno. Si los agrupamos por problemas internalizantes y externalizantes los autores encuentran las siguientes prevalencias, en cuanto a trastornos internalizantes: el trastorno de ansiedad 9.9 % (chicas 12.1 %; 7.7 % chicos), el trastorno depresivo 9.5 % (chicas 11.7 %; 7.3 % chicos). En trastornos externalizantes:

el trastorno de conducta oposicionista desafiante (TOD) 11.3 % (chicas 9.1 %; 13.4 % chicos), trastorno de conducta (CD) 11.3 % (chicas 9.1 %; 13.4 % chicos), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) 4.1 % (chicas 1.1 %; 7.0 % chicos).

## **2. Modelos diagnósticos y evaluación en psicopatología del desarrollo. El Modelo categórico frente al Modelo psicométrico-dimensional.**

En la actualidad para la detección de trastornos se suelen utilizar dos modelos, un modelo dimensional o un modelo categórico, en el que quedarían englobado tanto el DSM IV-TR (APA, 2000), con su versión actualizada DSM-5 de la American Psychiatric Association (APA, 2013), como la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (2003).

En el modelo categórico la presencia de un trastorno se establece de manera dicotómica, ya que se determina si está presente o no dicho trastorno. Este es precisamente el objetivo principal, delimitar qué niño presenta un trastorno, necesitando una atención específica o un seguimiento. La clasificación DSM IV-TR, establece el número de criterios necesarios para reconocer la presencia o ausencia de un trastorno, determinando quien padece o no un problema, y quién debe recibir o no una intervención o seguimiento.

Una dificultad es que, el grupo de trastornos representados en el DSM no coinciden directamente con la clasificación de enfoques dimensionales, por lo que es posible que no se ofrezcan programas de prevención a alumnos que no cumplen con los criterios DSM pero que podrían beneficiarse de las intervenciones preventivas (López, et. al., 2007).

Otra dificultad que presenta el modelo categórico frente al dimensional es que dichos criterios se agrupan en unas categorías que en algunos casos dificultan la clasificación de un sujeto en uno u otro trastorno. Esto es debido a que existen personas que no presentan un solo patrón claro de criterios debido a la comorbilidad dificultando el análisis diferencial de los mismos. Para Krueger y Piasecki (2002) estos problemas no tienen fácil solución, por lo que argumentan la poca viabilidad del modelo categórico dentro del campo de investigación de la psicopatología.

En el modelo dimensional se sugiere la presencia o ausencia de un trastorno en función de las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones. Puntuaciones altas indican que existe una probabilidad alta de que exista dicho trastorno. Una ventaja sobre el modelo categórico es que aporta más información a la hora de poder entender y comprender el trastorno, como por ejemplo, aspectos evolutivos, genéticos o demográficos. Además ofrece la capacidad de predecir la aparición progresiva de un trastorno o si

incrementará la severidad del mismo, lo que es fundamental tanto para la identificación, como para la prevención y la intervención (Brown y Harlow, 2005, López, et. al., 2007, Rubio-Stipec, et. al, 2002). Los trastornos en el modelo dimensional no quedan agrupados en constructos dicotómicos, sino que se permite describir un continuo en psicopatología en una población sin utilizar el método categórico, contando con la ventaja de permitir clasificar en distintos niveles dentro del mismo trastorno, facilitando su diagnóstico (Rubio-Stipec, et. al, 2002).

Las continuidades y discontinuidades de los procesos que se originan en la interrelación entre la normalidad y la psicopatología, indican el rango de variaciones que van de lo normal a lo psicopatológico, teniendo en cuenta el contexto donde se originan. Son importantes para determinar intervenciones preventivas, con objetivos diferenciados según los grupos (Ezpeleta, 2005). La probabilidad es relevante en el desarrollo de psicopatología, ya que da lugar a epidemiología que puede dirigirse a un trastorno diagnosticado por escala categorial tanto como a un trastorno diagnosticado por escala dimensional. Sobre esta base el modelo dimensional permite describir, además de la prevalencia de un trastorno, la comprensión de su evolución en una población (Rubio-Stipec, et. al, 2002).

Es necesario desarrollar protocolos que incluyan instrumentos de cribado con alta sensibilidad, es decir, que identifiquen a la mayor parte de los niños que en el seguimiento podrían presentar trastornos. A su vez estos protocolos presentan un buen valor predictivo para los positivos, es decir, que informan de la proporción de niños que pueden tener el trastorno en el seguimiento (Offord & Bennett, 2002b).

Un objetivo importante en prevención es poder utilizar un instrumento que sea capaz de valorar la psicopatología en una población infantil. Hay varias escalas que pueden aportar tanto medidas categoriales como dimensionales, como la Diagnostic Instrument for Children (DISC) (Shaffer, et al., 1996, 2000), la Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robin, et al. 1981, 1982), las escalas Conner's (Conners, 1997, Conners et al., 1998), la Revised Behavior Problem Checklist (RBPC) (Quay y Peterson, 1993), y las escalas Behavior Assessment System for Children (BASC) (Reynolds y Kamphaus, 2004).

Aunque Rubio-Stipec, et al. (2002) califican como la más usada la metodología ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) (Achenbach y Rescorla, 2001), los autores Achenbach y Rescorla (2001) definen empíricamente una serie de escalas para un conjunto de conductas observables relacionadas con la psicopatología infantil. Además las escalas ofrecen unas puntuaciones de corte que permiten establecer estimaciones de

prevalencia; estas puntuaciones de corte son el rango normal, rango de riesgo y rango clínico y generan estimaciones de prevalencia diferentes. En la metodología ASEBA las escalas no coinciden con una clasificación formal categorial como el DSM IV-TR (APA, 2000), de ahí su dificultad para extrapolar los datos (Cantwell, 1996); a pesar de esa dificultad facilita el camino para realizar un diagnóstico formal mediante DSM IV-TR.

### **3. El Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)**

El Achenbach System of Empiracally Based Assestment (ASEBA) (Achenbach y Rescorla, 2001) evalúa el funcionamiento adaptativo y no adaptativo en diferentes rangos de edad. El sistema propone una serie de protocolos en función de los informantes y la variación de edad como puede verse en el Cuadro 1.



**Cuadro 1.**

**Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)**

	Edad	Informantes
Child Behavior Checklist (CBCL/1½-5)	18 m-5 años	Padres
Care Giver-Teacher Report Form (C-TRF)	18 m -5 años	Maestros y cuidadores
Teacher's Report Form (TRF)	6 - 18 años	Maestros/orientadores /Ed. Especial
Child Behavior Checklist (CBCL/6-18)	6 - 18 años	Padres
Youth Self-Report (YSR)	11 - 18 años	Alumnado
Adult Self-Report (ASR)	18 - 59 años	Adultos
Older Adult Self-Report (OASR)	Mayores de 60 años	Adultos

Además de estos protocolos, la evaluación puede ser completada a través de la observación y la entrevista. El Test Observation Form (TOF) (McConaughy y Achenbach, 2004) evalúa la conducta durante la sesión de evaluación y se dirige a edades comprendidas entre los dos y los dieciocho años. La Direct Observation Form (DOF) (McConaughy, 2005) evalúa la conducta pero con la diferencia de que lo hace en el contexto ambiental en el que aparece naturalmente y va dirigido a edades entre cinco y catorce años. La Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescent (SCICA) (McConaughy y Achenbach, 2001) es una entrevista sobre relaciones

familiares, amigos, escuela, autopercepciones, fantasías y sentimientos; dirigida a alumnos de 6 a 18 años.

Los protocolos ASEBA son de fácil administración y corrección pero requieren ser usados e interpretados por personal debidamente titulado. Es importante ofrecer una explicación previa a la administración en la que se clarifiquen algunos puntos importantes como la objetividad a la hora de responder a los ítems. A su vez es altamente deseable obtener diversos informantes independientes.

El aspecto diferencial del ASEBA es que permite un conocimiento amplio del sujeto evaluado ya que no solamente comprende aspectos patológicos si no también competencias y adaptativos.

A continuación se exponen los protocolos referidos a la etapa escolar.

**CBCL/1½-5** Diseñada para la etapa de Educación Infantil está compuesta por cien ítems algunos de los cuales son de respuesta abierta, combinando así información cuantitativa y cualitativa. Dicha información se refiere a los últimos dos meses. Es completada por las familias.

**C-TRF** Es un cuestionario que rellenan maestros y cuidadores. Consta de 100 ítems. Los mismos ítems que el CBCL/1½-5 sustituyendo los referidos al ámbito familiar por los de situaciones grupales.

**YSR** Esta escala diseñada para edades comprendidas entre los once y los dieciocho años, compuesta por ciento cinco ítems procedentes de la CBCL/6-18 y catorce ítems de discapacidad social, además incluye información demográfica y la evaluación de dos de las tres escalas de competencias que aparecen en el CBCL, en el área social y en el área de actividades. Es contestada por el propio alumnado. Ha sido desarrollada a partir de otras versiones anteriores (Achenbach, 1991b; Achenbach y Edelbrock, 1987).

**CBCL/6-18** Está diseñado para ser completado por la familia dado que contiene ítems relativos al contexto de las relaciones familiares. Consta de ciento veinte preguntas que valoran problemas emocionales, sociales y conductuales mediante una escala de tres puntos (0=No es cierto, 1=Algunas veces cierto, 2=Cierto muy a menudo). Esta información se refiere a los últimos seis meses y también incluye las posibles enfermedades o discapacidades del niño, preocupaciones, aspectos positivos, competencias en las áreas social y escolar e información demográfica. Esta escala tiene versiones anteriores (Achenbach, 1991b; Achenbach y Edelbrock, 1983).

**TRF** Completado por maestros y otro personal del ámbito escolar como orientadores y maestros especialistas en pedagogía terapéutica. Como en la CBCL la información recogida está referida a información demográfica,

problemas emocionales, sociales y conductuales, posibles enfermedades o discapacidades del niño, preocupaciones, aspectos positivos y competencias en las áreas social y escolar, pero esta información se refiere sólo a los últimos dos meses. Consta de 100 ítems. Es una revisión de una edición anterior (Achenbach, 1991).

Los protocolos ASEBA ofrecen información acerca de las competencias y manifestaciones psicopatológicas del alumnado. La unión de CBCL, YSR y TRF contestadas respectivamente por familia, alumnado y profesorado, justifican el enfoque multiaxial de este modelo de evaluación. Dado que es posible comparar diferentes fuentes de información en relación a un mismo sujeto. El resultado final por tanto, engloba los ejes: características de la personalidad, autoconcepto y comportamiento, integridad del sistema neuropsicológico, familia, educadores y resultados académicos.

Su uso tiene como finalidad (Achenbach, 2001; Osa, 2004; Rescorla, 2005) obtener una línea base del funcionamiento del niño, la cual puede indicar la necesidad de intervención, identificar problemas, determinar qué conducta debe evaluarse más detalladamente, seleccionar sujetos con un problema particular o determinados niveles de desviación en relación a la norma, identificar objetivos específicos de la intervención, evaluar los efectos de

distintos tratamientos o intervenciones y realizar un seguimiento en el tiempo, siendo un indicador de la evolución a largo plazo.

ASEBA se basa en un enfoque psicométrico-dimensional por lo que incorpora un análisis de componentes principales que identifica grupos de problemas que tienden a coexistir. A su vez estos problemas se reagrupan en un segundo orden en trastornos internalizantes, externalizantes y otros problemas. Tal y como se recoge en las figuras 3 y 4. Para su interpretación se han derivado percentiles puntuaciones tipo T de una muestra normal, que ayudan a establecer los límites entre la normalidad, las conductas límite y las patologías. La baremación de las pruebas está en función del sexo en las versiones para padres e hijos y también de la edad en el caso del CBCL.

**Figura 2.**  
Elementos que forman la dimensión Problemas Totales



En cuanto a las propiedades psicométricas de los protocolos ASEBA, la fiabilidad tiene una buena consistencia interna apoyada por valores alfa elevados en todas las escalas de síndromes. La fiabilidad test-retest es muy alta.

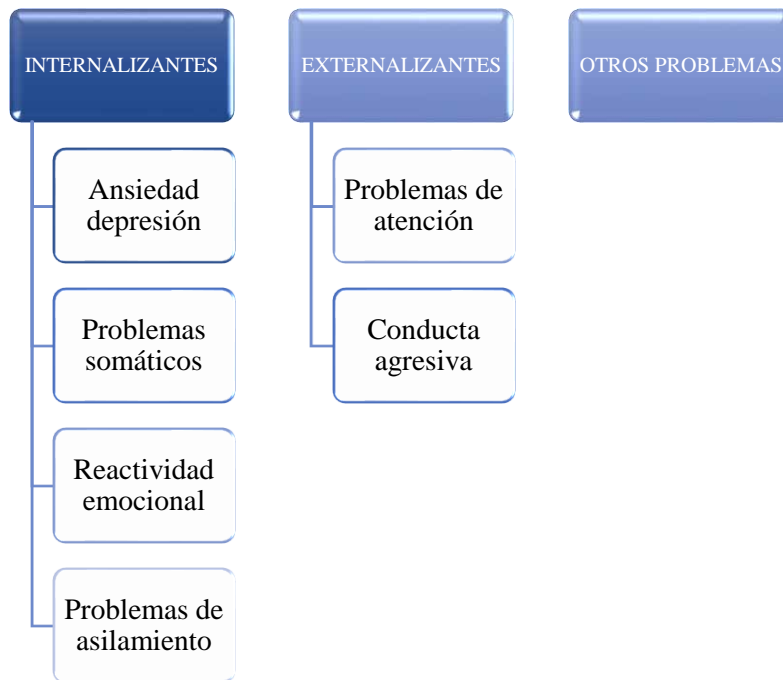
La validez de constructo se sustenta por la relación entre las escalas de síndromes y los criterios del DSM. Dicha relación varía en función de los procedimientos utilizados para realizar el diagnóstico, las características de la muestra, la orientación del clínico y su entrenamiento y los métodos de análisis utilizados (Achenbach y Rescorla, 2001). La validez de contenido queda respaldada por las décadas de investigación que han ido mejorando el poder discriminante de los ítems.

A continuación se exponen con mayor concreción los inventarios C-TRF y TRF en los que se concentra el presente estudio.

### **3.1. Escalas de síndromes en el Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF) y Teacher's Report Form (TRF)**

Una vez expuestos todos los instrumentos del ASEBA se describen aquí con más detalle los dos sistemas utilizados en la presente investigación. La escala empírica en el **C-TRF** tiene un único rango de edad, desde los dieciocho meses hasta los cinco años y dos baremos en función del sexo, aunque chicos y chicas comparten el mismo banco de ítems.

**Figura 3.**  
Problemas en la Etapa de Educación Infantil



Los problemas de ansiedad/depresión de esta escala incluyen entre otros ítems: 10. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos, 33. Se ofende fácilmente, 37. Se altera demasiado cuando le separan de sus padres.

Los problemas somáticos incluyen por ejemplo: 1. Dolores o molestias (sin causa médica; no incluya dolores de cabeza o de estómago), 7. No soporta que las cosas estén fuera de su sitio, 39. Dolores de cabeza (sin causa médica).

Los problemas de reactividad emocional engloban ítems como: 21. Cualquier cambio en la rutina le altera, 46. Movimientos nerviosos o tics (ponga ejemplos), 82. Cambios repentinos de humor o sentimientos.

Los problemas de aislamiento incluyen ítems como: 2. Se comporta como si fuera más pequeño(a), 4. Evita mirar a los ojos de otras personas, 12. Apático(a), poco motivado(a).

Los problemas de atención se reflejan así en algunos ítems: 5. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo, 6. No puede estar quieto(a) sentado(a), es movido(a), o hiperactivo(a), 24. Le cuesta seguir instrucciones.

Los problemas de conducta agresiva incluyen los ítems: 8. No soporta esperar, lo quiere todo de inmediato, 14. Es cruel con los animales, 15. Desafiante.

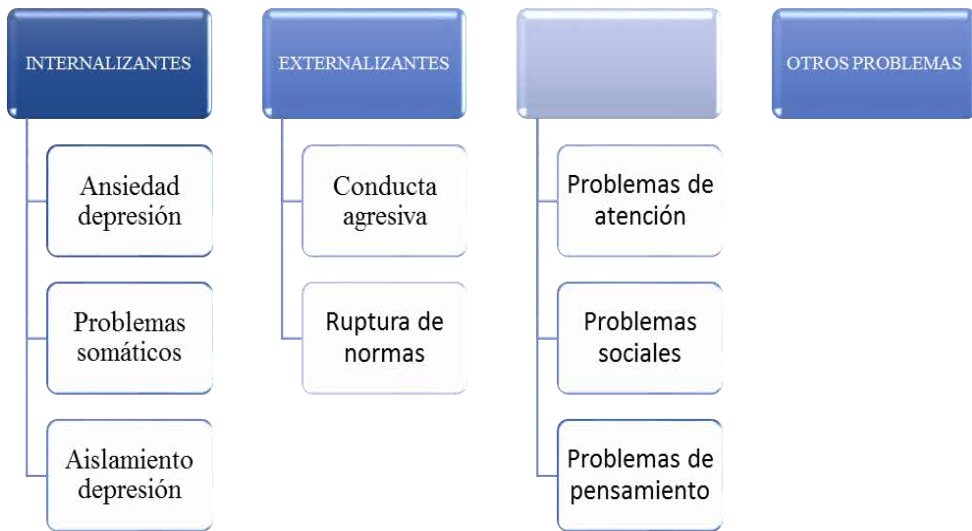
Otros problemas hace referencia a ítems de la prueba que no se engloban dentro de los anteriores problemas, tal es el caso de estos ejemplos: 3. Tiene miedo a probar cosas nuevas, 9. Mastica cosas que no son comestibles, 11. Busca ayuda constantemente.

La escala de síndromes del **TRF** tiene dos rangos de edad. El primero, desde los seis hasta los once años y el segundo, desde los doce hasta los dieciocho. También tiene baremos diferentes según el sexo, aunque el contenido de la escala es el mismo para ambos géneros y grupos de edad (Achenbach y Rescorla, 2001).



**Figura 4.**

Problemas en la etapa de Educación Primaria



Los problemas de ansiedad depresión incluyen ítems como: 14. Lloro mucho, 29. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes de la escuela (describa), 30. Le da miedo ir a la escuela.

Los problemas somáticos abarcan ítems como los siguientes: 51. Se siente mareado(a), 54. Se cansa demasiado, 56c). Problemas físicos sin causa médica: Náuseas, se siente mal.

Los problemas de aislamiento/depresión engloban ítems como: 5. Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar, 42. Prefiere estar solo, 65. Se niega a hablar.

Los problemas de conducta agresiva se recogen en ítems como: 3. Discute mucho, 6. Desafiante, contesta a los profesores, 16. Es agresivo(a), cruel o malo(a) con los demás.

Los problemas de ruptura de normas estos ítems entre otros: 26. No parece sentirse mal después de portarse mal, 28. Se salta las normas de la escuela, 39. Va con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas.

Los problemas de atención, sociales y de pensamiento no se agrupan con los trastornos internalizantes ni externalizantes.

Los problemas de atención incluyen inatención: 1. Se comporta como si fuera más pequeño, 4. No termina las cosas que empieza, 8. No puede concentrarse o prestar atención durante mucho tiempo. Pero también incluyen hiperactividad-impulsividad: 2. Canturrea o hace otros ruidos raros en clase, 7. Es presumido(a), engreído(a), 10. No puede estar quieto(a) sentado(a), es movido(a) o hiperactivo(a).

Los problemas sociales engloban ítems como: 11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos, 12. Se queja de que se siente solo(a), 25. No se lleva bien con otros(as) compañeros(as).

Los problemas de pensamiento incluyen ítems como: 9. No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos; está obsesionado(a) (describa), 18.

Se hace daño a sí mismo(a) o ha intentado suicidarse, 40. Oye sonidos o voces que no existen (describa).

### **3.2. Escalas orientadas al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) en el Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF) y Teacher's Report Form (TRF)**

Las escalas orientadas al DSM se han creado solicitando a expertos de múltiples sociedades que identificaran ítems que reflejaban muy consistentemente (por al menos 14 de los 22 expertos en la prueba para Primaria y 10 sobre 16 en la prueba para Infantil) los problemas incluidos en algunas categorías diagnósticas del DSM (Achenbach, 2013).

Dado que los protocolos ASEBA se fundamentan en el modelo empírico (tipo abajo hacia arriba) se ha creado esta especie de pasarela para facilitar su conexión con el DSM fundamentado en el modelo diagnóstico (tipo arriba hacia abajo) (Achenbach y Ezpeleta, 2014)

En el C-TRF las escalas DSM fruto de este proceso de construcción son: problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas de desarrollo, problemas de atención e hiperactividad y trastorno oposicionista desafiante.

En el TRF las escalas DSM son: problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas somáticos problemas de atención e hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante y problemas conductuales.

La puntuación directa de cada escala se obtiene mediante la suma de puntuaciones de cada ítem, del mismo modo que en la escala de síndromes. Estas puntuaciones se convierten después en puntuaciones T. Los perfiles resultantes de la corrección presentan dos líneas que delimitan el rango normal del límite y el patológico.

Pese a que una puntuación en el rango clínico de una escala DSM no equivale a la presencia de un diagnóstico DSM (Achenbach y Rescorla, 2001), puntuaciones altas en las escalas orientadas al DSM pueden sugerir la presencia de comorbilidad y facilitar el estudio de relaciones entre diferentes tipos de problemas que se asocien menos comúnmente. Igualmente pueden facilitar la detección de aquellos niños que no cumplen los criterios para ser diagnosticados de determinados trastornos pero sí pueden necesitar ayuda para solucionar sus problemas. Posibilita la evaluación de la gravedad y permite evaluar intervenciones aun cuando el diagnóstico DSM sigue presente (Achenbach y Rescorla, 2001).

Debido a que las escalas DSM y las escalas de síndromes parten del mismo banco de ítems es posible categorizar las conductas o emociones como normales, límite o clínicas.

La importancia de este protocolo radica en la prevención temprana de posibles trastornos o simples dificultades que puedan ser detectadas de forma rápida y facilitar consecuentemente la intervención indirecta o directa con el alumnado implicado antes de que acuda a servicios específicos, desde su propio centro educativo.

#### **4. Objetivos**

El presente estudio se enmarca dentro del paradigma de investigación de la psicopatología del desarrollo. Se centra en la importancia de la detección de los diferentes síndromes psicopatológicos, así como de la prevención del impacto de los mismos. A nivel de prevención cobra una especial relevancia la valoración del conjunto de la población infantil escolarizada, ya que, si bien es cierto que hay alumnos diagnosticados clínicamente, hay otra gran mayoría que podría ser susceptibles de dicho diagnóstico. Es más, aun no cumpliendo dicho diagnóstico podrían beneficiarse de las acciones preventivas para mejorar su calidad de vida.

El objetivo es utilizar el método epidemiológico del desarrollo para detectar alumnado de riesgo de síndromes psicopatológicos en el contexto escolar, como paso previo de prevención universal en dicho contexto. Otro objetivo igualmente relevante es arrojar información para seleccionar la muestra del segundo estudio.

Los objetivos específicos del presente estudio son los siguientes:

- Examinar la prevalencia de problemas internalizantes en una población escolar no clínica.
- Examinar la prevalencia de problemas externalizantes en una población escolar no clínica.
- Examinar la prevalencia de problemas totales en una población escolar no clínica.
- Examinar la prevalencia de posibles problemas con posibilidad de un diagnóstico formal mediante la utilización del DSM IV-TR (APA, 2000).
- A partir de la prevalencia encontrada seleccionaremos la muestra del segundo estudio de la presente tesis.

En relación a los objetivos descritos para el estudio se plantean las siguientes hipótesis:

- I. Se espera la detección en el contexto escolar de una población con posibles problemas no diagnosticados clínicamente.
- II. Se espera determinar qué población escolar no clínica tiene posibilidad de un diagnóstico formal mediante la utilización del DSM IV-TR (APA, 2000).
- III. Se espera determinar la población escolar sin diagnóstico clínico, con posibilidad de un diagnóstico formal mediante la utilización del DSM IV-TR (APA, 2000) del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

## 5. Método

### 5.1. Participantes

En este estudio se ha partido de una población infantil de 2431 sujetos escolarizados en colegios públicos de la localidad de Fuengirola (Málaga). Este número de alumnos y alumnas constituían la población escolar total de Fuengirola en el año 2004. Dichos alumnos muestran un rango de edades comprendidas entre los 5 y los 8 años de edad, su distribución por sexo es de 1260 niños y 1171 niñas. La muestra final se compone de 423 sujetos pertenecientes a familias que decidieron participar en la realización del estudio. Las edades de los alumnos están comprendidas entre los 5 y los 8 años (edad

media = 5,91 años, DT = .92), pertenecientes a los cursos de Educación Infantil del último nivel y primer ciclo de Educación Primaria. La distribución por edad del alumnado participante puede observarse en la tabla 1.

La muestra se distribuye en 195 chicos y 228 chicas. La descripción del sexo de la muestra se observa en la figura 5.

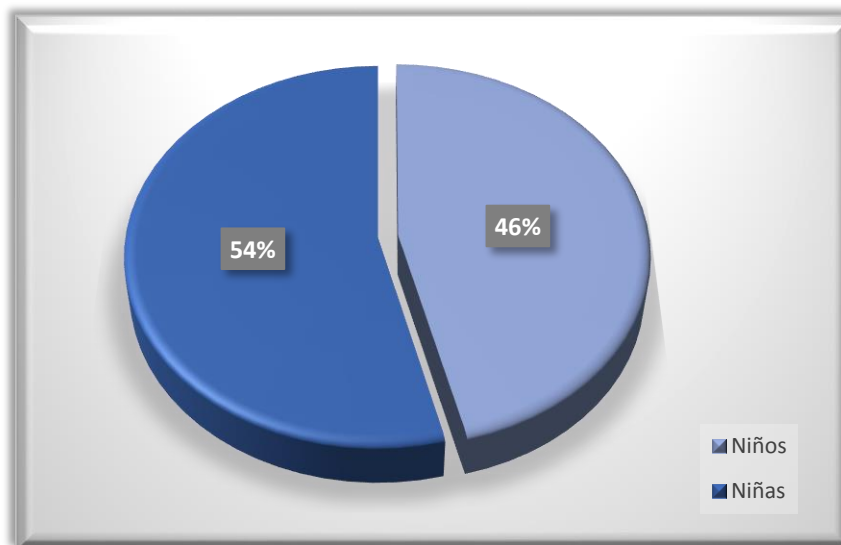
**Tabla 1**

*Distribución de la muestra por edad (n=423)*

Edad	n	%
5 años	177	41,84
6 años	129	30,50
7 años	93	21,99
8 años	24	5,67

**Figura 5.**

Descripción del sexo de los participantes en el estudio (n=423)





## 5.2. Instrumentos de evaluación

Para el primer estudio se utilizan dos instrumentos de espectro amplio ya que valoran numerosas dimensiones, ambos incluidos dentro del Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) de Achenbach y Rescorla (2001). Los dos son de aplicación en el contexto escolar.

Las puntuaciones procedentes de las escalas quedan distribuidas en tres rangos, un rango normal  $T < 65$  ( $P < 93$ ), un rango de riesgo  $T$  65 a 70 ( $P$  93 –  $P$  98) y un rango clínico  $T > 70$  ( $P > 98$ ).

En cuanto las características psicométricas presentan una buena fiabilidad, así como una buena consistencia interna con valores alfa (Cronbach, 1951). Para la Teacher's Report Form (TRF/6-18), la escala de Síndromes Empíricos presenta una media de valores alfa desde .72 hasta .97, mientras que para la escala DSM TRF presenta una media de valores alfa de .73 hasta .94. Para la Caregiver-Teacher's Report Form (C-TRF 1½ - 5), la escala de Empírica presenta una media de valores alfa desde .68 hasta .91, mientras que para la escala DSM C-TRF presenta una media de valores alfa de .73 hasta .83 (Achenbach y Rescorla, 2001). A continuación se realiza una descripción de los distintos instrumentos en este estudio.

### 5.2.1. Teacher's Report Form (TRF/6-18)

La actual version del “Teacher's Report Form” (TRF/6-18) (Achenbach y Rescorla, 2001), es una versión actualizada del anterior TRF incluida en el Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Cuyo rango de edad se encontraba entre los 5 y 18 años (Achenbach, 1991c).

El TRF/6-18 es un instrumento cumplimentado en formato de autoregistro por docentes, especialistas o cualquier otro personal integrante del sistema educativo. Permite obtener una visión rápida en los dos últimos meses del funcionamiento del niño en el contexto escolar. Una característica de este instrumento con respecto a la Child Behavior Checklist (CBCL/6-18) (Achenbach y Rescorla, 2001) cumplimentada por los padres, es que la CBCL permite una exploración de las conductas en los últimos seis meses en lugar de los dos meses del TRF/6-18. Esto es debido a que los profesores a menudo tienen que evaluar a sus alumnos sobre la base de contactos breves y puede ser necesaria dicha evaluación en plazos relativamente cortos durante un año académico.

El TRF/6-18 está compuesto por dos partes. Una primera parte dirigida a recoger información adaptativa compuesta por diez apartados en los que se reflejan cuestiones tales como información demográfica, competencias, rendimiento académico, la presencia de alguna discapacidad física o

intelectual, así como los puntos débiles y fuertes del niño. La segunda parte está compuesta por 113 ítems, con tres alternativas de respuesta, la primera respuesta es 0 (no es cierto), la segunda respuesta es 1 (algo, algunas veces cierto), y en último lugar la tercera respuesta es 3 (cierto o muy a menudo o bastante a menudo). Todos estos ítems están referidos a comportamientos observables que pueden presentar problemas relacionados con psicopatologías en una población comprendida entre los 6 y 18 años.

Otra cualidad de este instrumento es que todos los ítems forman un banco común de ítems de los que podemos obtener una amplia información según el sexo y la edad de los alumnos a través de dos escalas: la TRF *Profile for boys and girls – Syndrome Scales* y la escala TRF DSM – *Oriented Scales for boys and girls*.

#### **5.2.1.1. TRF Profile for boys and girls – Syndrome Scales**

Esta escala permite obtener a su vez:

- Una subescala denominada “Síndromes Empíricos” donde se recogen problemas de ansiedad/depresión, problemas de aislamiento/depresión, problemas somáticos, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, problemas de ruptura de normas, conducta agresiva y otros problemas.

- Una agrupación de los “Síndromes Empíricos” en tres dimensiones. Una dimensión denominada Problemas Internalizantes compuesta por problemas de ansiedad/depresión, problemas de aislamiento/depresión y problemas somáticos. Una dimensión denominada Problemas Externalizantes formada por problemas de ruptura de normas y conducta agresiva. Y por último una dimensión de Problemas Totales compuesta por la suma de los Problemas Internalizantes, los Problemas Externalizantes, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención y otros problemas.

#### **5.2.1.2. TRF DSM – Oriented Scales for boys and girls**

La escala DSM agrupa los problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas somáticos, problemas por Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), problemas oposicionista desafiante y problemas de conducta. Además, la escala se puede utilizar para obtener información que puede integrarse en sistemas de diagnósticos formales, permitiéndonos orientarnos hacia un posible diagnóstico clínico según los criterios establecidos en el DSM IV-TR (APA, 2000).

### 5.2.2. Caregiver – Teacher Report Form (C-TRF 1½ - 5)

Al igual que la TRF/6-18 la C-TRF 1½ - 5 (Achenbach y Rescorla, 2001) permite obtener dos subescalas, una Síndromes Empíricos y otra DSM.

#### 5.2.2.1. C-TRF Empirically Based Scales for boys and girls

Esta subescala al igual que la TRF/6-18, queda subdivida en una escala de síndromes empíricos y en tres dimensiones de problemas como son: internalizantes, externalizantes y problemas totales. La única diferencia es que varían los problemas que lo componen.

- La subescala empírica está formada por reactividad emocional, ansiedad/ depresión, aislamiento, problemas de atención y conducta agresiva.
- Una agrupación de la subescala empírica al igual que la TRF/6-18 constituida en tres dimensiones. Una dimensión denominada Problemas Internalizantes formada por reactividad emocional, problemas de aislamiento/depresión, problemas somáticos y aislamiento. Una dimensión denominada Problemas Externalizantes compuesta por problemas de problemas de atención y conducta agresiva. Y por último una dimensión de Problemas Totales compuesta

por la suma de los Problemas Internalizantes, los Problemas Externalizantes y otros problemas.

#### **5.2.2.2. C-TRF DSM – Oriented Scales for boys and girls**

En esta escala al igual que en la DSM TRF/6-18 varia la problemática que la compone. La C-TRF DSM está formada por problemas afectivos, problemas de atención, problemas generalizados del desarrollo, problemas por Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y problemas oposicionista desafiante.

Si bien por la edad de desarrollo su aplicación en algunos casos no puede derivarse en categorías diagnósticas formales, puede servir de ayuda en el caso de detección y prevención, así como para la intervención temprana sobre los problemas mostrados.

### **5.3. Procedimiento**

Para la selección de la muestra participante en el estudio se llevó a cabo el siguiente protocolo de actuación centrado en los centros escolares y el profesorado. En una primera fase se cumplieron todos los aspectos legales previos, tanto las autorizaciones por parte de la Delegación de Educación de Málaga dependiente de la Consejería de Educación y Ciencia de Junta de

Andalucía, como la realización de las correspondientes visitas a los centros para tener una primera entrevista con los directores y los jefes de estudio de los mismos. En esta entrevista se les entregaba y explicaba el contenido de un dossier completo sobre el proyecto, estos a su vez llevaban la propuesta a los consejos escolares donde aprobaron su participación.

Los centros participantes son: CEIP Sohail; CEIP Andalucía; CEIP Valdelecrin; CEIP Santa Fe de Los Boliches; CEIP Cervantes y CEIP Azahar. Tan solo cuatro centros rechazaron participar en la investigación estos centros fueron el CEIP Pablo Ruiz Picasso, El CEIP Tejar, CEIP Acapulco y el CEIP Santa Amalia. Los ciclos escolares corresponden al último curso Educación Infantil y Primer y Segundo nivel del primer ciclo de Educación Primaria. La muestra de población escolar obtenida corresponde a 775 sujetos, con la siguiente distribución por edad: 325 alumnos de 5 años de edad; 250 alumnos con 6 años de edad y 200 alumnos con edades comprendidas entre los 7 y 8 años.

En la segunda fase de la selección de la muestra, se les entregó a los profesores una carta para cada uno de sus alumnos, en ella se informaba a los padres del proyecto que íbamos a realizar, solicitando su colaboración, para ello debían devolver una autorización firmada en la que confirmaban la participación de sus hijos.

En la tercera fase se recibieron las autorizaciones, quedando seleccionada una muestra incidental de 423 sujetos, compuesta por 195 chicos y 228 chicas, la Tabla 2 recoge su distribución por centros.

Por último una cuarta fase en la que se le entrega al profesorado el instrumento de detección TRF/6-18 la C-TRF 1½ - 5. Para su cumplimentación. Cabe destacar una vez más el alto grado de implicación tanto de los centros en facilitar su colaboración, como del profesorado, ya que este tiene que cumplimentar cada uno de los instrumentos por cada alumno participante de su curso. Se estableció una fecha de devolución en la que se recibieron los mismos.



**Tabla 2.**

Distribución por centro

<b><i>DISTRIBUCION ALUMNOS CENTROS. AULA Y PARTICIPANTES</i></b>		
<b>CURSO</b>	<b>ALUMNOS POR AULA</b>	<b>ALUMNOS PARTICIPANTES</b>
<b><i>CEIP ANDALUCÍA</i></b>		
<b>EDUC. INFANTIL 5 AÑOS A</b>	<b>25</b>	<b>20</b>
<b>EDUC. INFANTIL 5 AÑOS B</b>	<b>25</b>	<b>20</b>
<b>1º EDUC. PRIMARIA A</b>	<b>25</b>	<b>16</b>
<b>1º EDUC. PRIMARIA B</b>	<b>25</b>	<b>16</b>
<b>1º EDUC. PRIMARIA C</b>	<b>25</b>	<b>6</b>
<b>2º EDUC. PRIMARIA A</b>	<b>25</b>	<b>9</b>
<b>2º EDUC. PRIMARIA B</b>	<b>25</b>	<b>11</b>
<b><i>CEIP SOHAIL</i></b>		
<b>EDUC. INFANTIL 5 AÑOS A</b>	<b>25</b>	<b>20</b>
<b>EDUC. INFANTIL 5 AÑOS B</b>	<b>25</b>	<b>20</b>
<b>1º EDUC. PRIMARIA A</b>	<b>25</b>	<b>20</b>
<b>1º EDUC. PRIMARIA B</b>	<b>25</b>	<b>17</b>
<b>2º EDUC. PRIMARIA A</b>	<b>25</b>	<b>11</b>
<b>2º EDUC. PRIMARIA B</b>	<b>25</b>	<b>15</b>
<b><i>CEIP SANTA FE DE LOS BOLICHES</i></b>		
<b>EDUC. INFANTIL 5 AÑOS A</b>	<b>25</b>	<b>22</b>
<b>EDUC. INFANTIL 5 AÑOS B</b>	<b>25</b>	<b>20</b>
<b>1º EDUC. PRIMARIA A</b>	<b>25</b>	<b>9</b>
<b>1º EDUC. PRIMARIA B</b>	<b>25</b>	<b>7</b>

<b>2º EDUC. PRIMARIA A</b>	<b>25</b>	<b>16</b>
<b>2º EDUC. PRIMARIA B</b>	<b>25</b>	<b>15</b>
<b><i>CEIP AZAHAR</i></b>		
<b>EDUC. INFANTIL 5 AÑOS A</b>	<b>25</b>	<b>11</b>
<b><i>CEIP MIGUEL DE CERVANTES</i></b>		
<b>EDUC. INFANTIL 5 AÑOS A</b>	<b>25</b>	<b>14</b>
<b>EDUC. INFANTIL 5 AÑOS B</b>	<b>25</b>	<b>15</b>
<b>1º EDUC. PRIMARIA A</b>	<b>25</b>	<b>21</b>
<b>2º EDUC. PRIMARIA B</b>	<b>25</b>	<b>28</b>
<b><i>CEIP VALDELECRIN</i></b>		
<b>EDUC. INFANTIL 5 AÑOS A</b>	<b>25</b>	<b>15</b>
<b>EDUC. INFANTIL 5 AÑOS B</b>	<b>25</b>	<b>9</b>
<b>1º EDUC. PRIMARIA A</b>	<b>25</b>	<b>15</b>

#### 5.4. Diseño

Para este estudio se ha utilizado un diseño transversal de prevalencia de carácter descriptivo. El objetivo principal de la investigación descriptiva es describir una población de la forma más objetiva y comprobable, así mismo los estudios transversales se desarrollan con sujetos que representen edades sucesivas, se recogen los datos en un mismo espacio temporal y de todos los sujetos al mismo tiempo. Además aporta información sobre las diferencias

sobre distintos sujetos en diferentes edades. En último lugar la prevalencia indica el número de casos de los distintos problemas en un momento dado en una población. (Argimon, J. M<sup>a</sup>. y Jiménez, J., 2006; Martín, B., 2011; Hernández, M. y López, S., 2007).

Los instrumentos utilizados de la metodología ASEBA cumplen con los objetivos de un diseño transversal descriptivo de prevalencias. Ya que permite seleccionar una población por rango de edad, en un momento de tiempo de terminado, mostrando como resultado final que problemáticas presentan niños de esas edades estableciendo población afectada no afectada.

ASEBA cumple además con los objetivos de examinar una población escolar no diagnosticada clínicamente para determinar el tipo de problemática según la ocurrencia o no de síndromes psicopatológicos y su posibilidad diagnóstica formal mediante el DSM IV-TR (APA, 2000). Estas prevalencias serán examinadas para ver qué información arrojan cara a la selección de una muestra de alumnado con sintomatología para el segundo estudio.

Los análisis se han llevado a cabo mediante la utilización del Lenguaje de programación “R” versión 3.0.0. específico para análisis biomédicos epidemiológicos.

## 6. Resultados

Se ha realizado un análisis de prevalencia de la presencia de posibles síndromes psicopatológicos, junto con el cálculo de sus intervalos de confianza. En las tablas siguientes se expone el análisis de prevalencia por síndrome, edad y sexo. A su vez, se tiene en cuenta la suma del rango clínico y el rango de riesgo puesto que el objetivo fundamental del estudio se refiere a la evaluación en población escolar normalizada y no de ámbito clínico, lo cual conlleva la necesidad de valorar en el estudio toda la amplitud de probabilidades incluidas en la diversidad del aula. Esto permite una visión total de la población normalizada y por tanto, la posibilidad de anticiparse al diagnóstico de los trastornos, al aumento de la gravedad de los casos y a la necesaria intervención ordinaria antes incluso de que sea necesaria una intervención especializada.

Las Tablas 3 a la 7 presentan la distribución de prevalencias en tantos por ciento de problemas internalizantes en los rangos normal, de riesgo y clínico en función del sexo y la edad. Pueden apreciarse los intervalos de confianza de cada valor, calculados con un nivel de confianza de 0,95.

El análisis de los datos obtenidos en el estudio reflejan los siguientes resultados de problemas internalizantes:

*Ansiedad depresión.* La prevalencia de la ansiedad-depresión en la muestra de la población estudiada es de 3.78% (2.18 - 6.07). Esta prevalencia según el sexo es 4.1% para niños y 3.51% para niñas. Estudiándolo por edades, se observa que en los sujetos de 5, 6, 7, 8, es de 2.26%, 3.1%, 6.45% y 8.33% respectivamente.

*Problemas somáticos.* La prevalencia de los problemas somáticos en la muestra de población estudiada es de 3.31% (1.82 - 5.49). Esta prevalencia en niñas es 2.19% mientras que en niños es el doble, 4.62%. Estudiándolo por edades, se observa que en los sujetos de 5 años la prevalencia es de 3.95%, en cambio en 8 años es de 4.17%.

*Aislamiento depresión (Primaria).* La prevalencia del aislamiento depresión en la muestra de población estudiada es de 6.91% (4.08 - 10.83). Esta prevalencia según el sexo es significativamente superior en el caso de los niños, 9.52% más que las niñas, 4.97%. Si se estudia por edades observamos un incremento de la prevalencia en seis años, 9.68%.

*Reactividad emocional (Infantil).* La prevalencia de la reactividad emocional en la muestra de población estudiada es de 3.39% (1.25 - 7.23). Esta prevalencia en niños es 5.56 %, mientras que en niñas es 1.15%.

*Problemas de aislamiento (Infantil).* La prevalencia de problemas de aislamiento en la muestra de población que se ha estudiado es de 2.26% (0.62

- 5.68). Esta prevalecía según el sexo es equiparable en niños y niñas, 2,22% y 2.30% respectivamente.

**Tabla 3**

*Prevalencia de Problemas Internalizantes del total de la muestra*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>	
<b>Total</b>									
<i>Internalizante</i>	376/423	88.89%	85.5 - 91.72	28/423	6.62 %	4.44 - 9.42	19/423	4.49 %	2.73 - 6.93
Ansiedad Depresión	407/423	96.22%	93.93 - 97.82	6/423	1.42%	0.52 - 3.06	10/423	2.36%	1.14 - 4.30
Problemas Somáticos	409/423	96.69%	94.51 - 98.18	13/423	3.07%	1.65 - 5.20	1/423	0.24%	0.01 - 1.31
Aislamiento Depresión (Primaria)	229/246	93.09%	89.17 - 95.92	14/246	5.69%	3.15 - 9.36	3/246	1.22%	0.25 - 3.52
Reactividad Emocional (Infantil)	171/177	96.61%	92.77 - 98.75	5/177	2.82%	0.92 - 6.47	1/177	0.56%	0.01 - 3.11
Problemas Aislamiento (Infantil)	173/177	97.74%	94.32 - 99.38	1/177	0.56%	0.01 - 3.11	3/177	1.69%	0.35 - 4.87
<b>Chicos</b>									
<i>Internalizante</i>	170/195	87.18%	81.66 - 91.53	15/195	7.69%	4.37 - 12.37	10/195	5.13%	2.49 - 9.23
Ansiedad Depresión	187/195	95.90%	92.08 - 98.21	4/195	2.05%	0.56 - 5.17	4/195	2.05%	0.56 - 5.17
Problemas Somáticos	186/195	95.38%	91.42 - 97.87	9/195	4.62%	2.13 - 8.58	0/195	0.00%	0.00 - 1.87
Aislamiento Depresión (Primaria)	95/105	90.48%	83.18 - 95.34	8/105	7.62%	3.35 - 14.46	2/105	1.90%	0.23 - 6.71
Reactividad Emocional (Infantil)	85/90	94.44%	87.51 - 98.17	5/90	5.56%	1.83 - 12.49	0/90	0.00%	0.00 - 4.02
Problemas Aislamiento (Infantil)	88/90	97.78%	92.20 - 99.73	0/90	0.00%	0.00 - 4.02	2/90	2.22%	0.27 - 7.80
<b>Chicas</b>									
<i>Internalizante</i>	206/228	90.35%	85.76 - 93.85	13/228	5.70%	3.07 - 9.55	9/228	3.95%	1.82 - 7.36
Ansiedad Depresión	220/228	96.49%	93.20 - 98.47	2/228	0.88%	0.11 - 3.13	6/228	2.63%	0.97 - 5.64
Problemas Somáticos	223/228	97.81%	94.96 - 99.28	4/228	1.75%	0.48 - 4.43	1/228	0.44%	0.01 - 2.42
Aislamiento Depresión (Primaria)	134/141	95.04%	90.04 - 97.98	6/141	4.26%	1.58 - 9.03	1/141	0.71%	0.02 - 3.89
Reactividad Emocional (Infantil)	86/87	98.85%	93.76 - 99.97	0/87	0.00%	0.00 - 4.15	1/87	1.15%	0.03 - 6.24
Problemas Aislamiento (Infantil)	85/87	97.70%	91.94 - 99.72	1/87	1.15%	0.03 - 6.24	1/87	1.15%	0.03 - 6.24

**Tabla 4**

*Prevalencia de Problemas Internalizantes en alumnado de cinco años*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>	
<b>Total</b>									
<i>Internalizante</i>	166/177	93.79% 89.15 - 96.86		8/177	4.52% 1.97 - 8.71		3/177	1.69% 0.35 - 4.87	
Ansiedad Depresión	173/177	97.74% 94.32 - 99.38		2/177	1.13% 0.14 - 4.02		2/177	1.13% 0.14 - 4.02	
Problemas Somáticos	170/177	96.05% 92.02 - 98.40		6/177	3.39% 1.25 - 7.23		1/177	0.56% 0.01 - 3.11	
Reactividad Emocional (Infantil)	171/177	96.61% 92.77 - 98.75		5/177	2.82% 0.92 - 6.47		1/177	0.56% 0.01 - 3.11	
Problemas Aislamiento (Infantil)	173/177	97.74% 94.32 - 99.38		1/177	0.56% 0.01 - 3.11		3/177	1.69% 0.35 - 4.87	
<b>Chicos</b>									
<i>Internalizante</i>	82/90	91.11% 83.23 - 96.08		8/90	8.89% 3.92 - 16.77		0/90	0.00% 0.00 - 4.02	
Ansiedad Depresión	88/90	97.78% 92.20 - 99.73		2/90	2.22% 0.27 - 7.80		0/90	0.00% 0.00 - 4.02	
Problemas Somáticos	85/90	94.44% 87.51 - 98.17		5/90	5.56% 1.83 - 12.49		0/90	0.00% 0.00 - 4.02	
Reactividad Emocional (Infantil)	85/90	94.44% 87.51 - 98.17		5/90	5.56% 1.83 - 12.49		0/90	0.00% 0.00 - 4.02	
Problemas Aislamiento (Infantil)	88/90	97.78% 92.20 - 99.73		0/90	0.00% 0.00 - 4.02		2/90	2.22% 0.27 - 7.80	
<b>Chicas</b>									
<i>Internalizante</i>	84/87	96.55% 90.25 - 99.28		0/87	0.00% 0.00 - 4.15		3/87	3.45% 0.72 - 9.75	
Ansiedad Depresión	85/87	97.70% 91.94 - 99.72		0/87	0.00% 0.00 - 4.15		2/87	2.30% 0.28 - 8.06	
Problemas Somáticos	85/87	97.70% 91.94 - 99.72		1/87	1.15% 0.03 - 6.24		1/87	1.15% 0.03 - 6.24	
Reactividad Emocional (Infantil)	86/87	98.85% 93.76 - 99.97		0/87	0.00% 0.00 - 4.15		1/87	1.15% 0.03 - 6.24	
Problemas Aislamiento (Infantil)	85/87	97.70% 91.94 - 99.72		1/87	1.15% 0.03 - 6.24		1/87	1.15% 0.03 - 6.24	

*Nota:* El Problema Aislamiento Depresión no se reseña en la tabla debido a que no cursa en la edad de desarrollo de cinco años



**Tabla 5**

*Prevalencia de Problemas Internalizantes en alumnado de seis años*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>	
<b>Total</b>									
<i>Internalizante</i>	115/129	89.15%	82.46 - 93.94	10/129	7.75%	3.78 - 13.79	4/129	3.10%	0.85 - 7.75
Ansiedad Depresión	125/129	96.90%	92.25 - 99.15	2/129	1.55%	0.19 - 5.49	2/129	1.55%	0.19 - 5.49
Problemas Somáticos	126/129	97.67%	93.35 - 99.52	3/129	2.33%	0.48 - 6.65	0/129	0.00%	0.00 - 2.82
Aislamiento Depresión (Primaria)	122/129	94.57%	89.14 - 97.79	6/129	4.65%	1.73 - 9.85	1/129	0.78%	0.02 - 4.24
<b>Chicos</b>									
<i>Internalizante</i>	42/50	84.00%	70.89 - 92.83	4/50	8.00%	2.22 - 19.23	4/50	8.00%	2.22 - 19.23
Ansiedad Depresión	46/50	92.00%	80.77 - 97.78	2/50	4.00%	0.49 - 13.71	2/50	4.00%	0.49 - 13.71
Problemas Somáticos	49/50	98.00%	89.35 - 99.95	1/50	2.00%	0.05 - 10.65	0/50	0.00%	0.00 - 7.11
Aislamiento Depresión (Primaria)	46/50	92.00%	80.77 - 97.78	3/50	6.00%	1.25 - 16.55	1/50	2.00%	0.05 - 10.65
<b>Chicas</b>									
<i>Internalizante</i>	73/79	92.41%	84.20 - 97.16	6/79	7.59%	2.84 - 15.80	0/79	0.00%	0.00 - 4.56
Ansiedad Depresión	79/79	100.00%	95.44 - 100.00	0/79	0.00%	0.00 - 4.56	0/79	0.00%	0.00 - 4.56
Problemas Somáticos	77/79	97.47%	91.15 - 99.69	2/79	2.53%	0.31 - 8.85	0/79	0.00%	0.00 - 4.56
Aislamiento Depresión (Primaria)	76/79	96.20%	89.30 - 99.21	3/79	3.80%	0.79 - 10.70	0/79	0.00%	0.00 - 4.56

*Nota:* Los Problemas Aislamiento y Reactividad Emocional no se reseñan en la tabla debido a que no cursan en la edad de desarrollo de seis años

**Tabla 6**

*Prevalencia de Problemas Internalizantes en alumnado de siete años*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>	
<b>Total</b>									
<i>Internalizante</i>	75/93	80.65%	71.15 - 88.11	9/93	9.68%	4.52 - 17.58	9/93	9.68%	4.52 - 17.58
Ansiedad Depresión	87/93	93.55%	86.48 - 97.60	2/93	2.15%	0.26 - 7.55	4/93	4.30%	1.18 - 10.65
Problemas Somáticos	90/93	96.77%	90.86 - 99.33	3/93	3.23%	0.67 - 9.14	0/93	0.00%	0.00 - 3.89
Aislamiento Depresión (Primaria)	84/93	90.32%	82.42 - 95.48	7/93	7.53%	3.08 - 14.90	2/93	2.15%	0.26 - 7.55
<b>Chicos</b>									
<i>Internalizante</i>	34/42	80.95%	65.88 - 91.40	2/42	4.76%	0.58 - 16.16	6/42	14.29%	5.43 - 28.54
Ansiedad Depresión	40/42	95.24%	83.84 - 99.42	0/42	0.00%	0.00 - 8.41	2/42	4.76%	0.58 - 16.16
Problemas Somáticos	39/42	92.86%	80.52 - 98.50	3/42	7.14%	1.50 - 19.48	0/42	0.00%	0.00 - 8.41
Aislamiento Depresión (Primaria)	36/42	85.71%	71.46 - 94.57	5/42	11.90%	3.98 - 25.63	1/42	2.38%	0.06 - 12.57
<b>Chicas</b>									
<i>Internalizante</i>	41/51	80.39%	66.88 - 90.18	7/51	13.73%	5.70 - 26.26	3/51	5.88%	1.23 - 16.24
Ansiedad Depresión	47/51	92.16%	81.12 - 97.82	2/51	3.92%	0.48 - 13.46	2/51	3.92%	0.48 - 13.46
Problemas Somáticos	51/51	100.00%	93.02 - 100.00	0/51	0.00%	0.00 - 6.98	0/51	0.00%	0.00 - 6.98
Aislamiento Depresión (Primaria)	48/51	94.12%	83.76 - 98.77	2/51	3.92%	0.48 - 13.46	1/51	1.96%	0.05 - 10.45

*Nota:* Los Problemas Aislamiento y Reactividad Emocional no se reseñan en la tabla debido a que no cursan en la edad de desarrollo de siete años

**Tabla 7**

*Prevalencia de Problemas Internalizantes en alumnado de ocho años*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>	
<b>Total</b>									
<i>Internalizante</i>	20/24	83.33%	62.62 - 95.26	1/24	4.17%	0.11 - 21.12	3/24	12.50%	2.66 - 32.36
Ansiedad Depresión	22/24	91.67%	73.00 - 98.97	0/24	0.00%	0.00 - 14.25	2/24	8.33%	1.03 - 27.00
Problemas Somáticos	23/24	95.83%	78.88 - 99.89	1/24	4.17%	0.11 - 21.12	0/24	0.00%	0.00 - 14.25
Aislamiento Depresión (Primaria)	23/24	95.83%	78.88 - 99.89	1/24	4.17%	0.11 - 21.12	0/24	0.00%	0.00 - 14.25
<b>Chicos</b>									
<i>Internalizante</i>	12/13	92.31%	63.97 - 99.81	1/13	7.69%	0.19 - 36.03	0/13	0.00%	0.00 - 24.71
Ansiedad Depresión	13/13	100.00%	75.29 - 100.00	0/13	0.00%	0.00 - 24.71	0/13	0.00%	0.00 - 24.71
Problemas Somáticos	13/13	100.00%	75.29 - 100.00	0/13	0.00%	0.00 - 24.71	0/13	0.00%	0.00 - 24.71
Aislamiento Depresión (Primaria)	13/13	100.00%	75.29 - 100.00	0/13	0.00%	0.00 - 24.71	0/13	0.00%	0.00 - 24.71
<b>Chicas</b>									
<i>Internalizante</i>	8/11	72.73%	39.03 - 93.98	0/11	0.00%	0.00 - 28.49	3/11	27.27%	6.02 - 60.97
Ansiedad Depresión	9/11	81.82%	48.22 - 97.72	0/11	0.00%	0.00 - 28.49	2/11	18.18%	2.28 - 51.78
Problemas Somáticos	10/11	90.91%	58.72 - 99.77	1/11	9.09%	0.23 - 41.28	0/11	0.00%	0.00 - 28.49
Aislamiento Depresión (Primaria)	10/11	90.91%	58.72 - 99.77	1/11	9.09%	0.23 - 41.28	0/11	0.00%	0.00 - 28.49

*Nota:* Los Problemas Aislamiento y Reactividad Emocional no se reseñan en la tabla debido a que no cursan en la edad de desarrollo de ocho años

Las Tablas 8 a la 12 presentan la distribución de prevalencias en tantos por ciento de problemas externalizantes en los rangos normal, de riesgo y clínico en función del sexo y la edad al igual que en los de tipo internalizante. Los intervalos de confianza están calculados con un nivel de confianza de 0,95.

El análisis de los datos obtenidos en el estudio reflejan los siguientes resultados en relación a la prevalencia de problemas externalizantes:

*Problemas de atención (Ed. Infantil).* La prevalencia de los problemas de atención en la muestra de población estudiada es de 4.26% (2.54 - 6.64). Por sexo, Se aprecia una prevalencia significativamente superior en niños, 5.56% que en niñas 1.15%.

*Ruptura de normas (Ed. Primaria).* La prevalencia de la ruptura de normas en la muestra de población ha estudio es de 4.07% (1.97 - 7.35). En niños este trastorno tiene una prevalencia de 6.67% y en cambio de 2.13% en niñas. El análisis de la muestra por edades refleja una prevalencia de 3.10%, 5.38%, 4.17% para seis, siete y ocho años respectivamente.

*Conducta agresiva.* La prevalencia de la conducta agresiva en la muestra de población estudiada es de 5.91% (3.86 - 8.60). Esta prevalencia según el sexo es 7.69% para niños y 4.39% para niñas. El análisis refleja el

aumento de la prevalencia del trastorno a las edades de siete, 8.60% y ocho años, 8.33% frente al 5.08% en cinco años y 4.65% en seis años.

**Tabla 8**
*Prevalencia de Problemas Externalizantes del total de la muestra*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>	
<b>Total</b>									
<i>Externalizante</i>	369/423	87.23%	83.67 - 90.26	22/423	5.20%	3.29 - 7.77	32/423	7.57%	5.23 - 10.51
Problemas de Atención (Infantil)	405/423	95.74%	93.36 - 97.46	14/423	3.31%	1.82 - 5.49	4/423	0.95%	0.26 - 2.40
Ruptura de Normas (Primaria)	236/246	95.93%	92.65 - 98.03	9/246	3.66%	1.69 - 6.83	1/246	0.41%	0.01 - 2.24
Conducta Agresiva	398/423	94.09%	91.40 - 96.14	20/423	4.73%	2.91 - 7.21	5/423	1.18%	0.38 - 2.74
<b>Chicos</b>									
<i>Externalizante</i>	170/195	87.18%	81.66 - 91.53	10/195	5.13%	2.49 - 9.23	15/195	7.69%	4.37 - 12.37
Problemas de Atención (Infantil)	182/195	93.33%	88.87 - 96.40	10/195	5.13%	2.49 - 9.23	3/195	1.54%	0.32 - 4.43
Ruptura de Normas (Primaria)	98/105	93.33%	86.75 - 97.28	6/105	5.71%	2.13 - 12.02	1/105	0.95%	0.02 - 5.19
Conducta Agresiva	180/195	92.31%	87.63 - 95.63	12/195	6.15%	3.22 - 10.50	3/195	1.54%	0.32 - 4.43
<b>Chicas</b>									
<i>Externalizante</i>	199/228	87.28%	82.25 - 91.31	12/228	5.26%	2.75 - 9.01	17/228	7.46%	4.40 - 11.67
Problemas de Atención (Infantil)	223/228	97.81%	94.96 - 99.28	4/228	1.75%	0.48 - 4.43	1/228	0.44%	0.01 - 2.42
Ruptura de Normas (Primaria)	138/141	97.87%	93.91 - 99.56	3/141	2.13%	0.44 - 6.09	0/141	0.00%	0.00 - 2.58
Conducta Agresiva	218/228	95.61%	92.08 - 97.88	8/228	3.51%	1.53 - 6.80	2/228	0.88%	0.11 - 3.13

**Tabla 9**

*Prevalencia de Problemas Externalizantes en alumnado de cinco años*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>	
<b>Total</b>									
<i>Externalizante</i>	161/177	90.96%	85.74 - 94.74	8/177	4.52%	1.97 - 8.71	8/177	4.52%	1.97 - 8.71
Problemas de Atención	171/177	96.61%	92.77 - 98.75	3/177	1.69%	0.35 - 4.87	3/177	1.69%	0.35 - 4.87
Conducta Agresiva	168/177	94.92%	90.57 - 97.65	8/177	4.52%	1.97 - 8.71	1/177	0.56%	0.01 - 3.11
<b>Chicos</b>									
<i>Externalizante</i>	79/90	87.78%	79.18 - 93.74	6/90	6.67%	2.49 - 13.95	5/90	5.56%	1.83 - 12.49
Problemas de Atención	85/90	94.44%	87.51 - 98.17	3/90	3.33%	0.69 - 9.43	2/90	2.22%	0.27 - 7.80
Conducta Agresiva	84/90	93.33%	86.05 - 97.51	6/90	6.67%	2.49 - 13.95	0/90	0.00%	0.00 - 4.02
<b>Chicas</b>									
<i>Externalizante</i>	82/87	94.25%	87.10 - 98.11	2/87	2.30%	0.28 - 8.06	3/87	3.45%	0.72 - 9.75
Problemas de Atención	86/87	98.85%	93.76 - 99.97	0/87	0.00%	0.00 - 4.15	1/87	1.15%	0.03 - 6.24
Conducta Agresiva	84/87	96.55%	90.25 - 99.28	2/87	2.30%	0.28 - 8.06	1/87	1.15%	0.03 - 6.24

*Nota:* El Problema Ruptura de Normas no se reseña en la tabla debido a que no cursa en la edad de desarrollo de cinco años

**Tabla 10**

*Prevalencia de Problemas Externalizantes en alumnado de seis años*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>	
<b>Total</b>									
<i>Externalizante</i>	117/129	90.70%	84.31 - 95.10	3/129	2.33%	0.48 - 6.65	9/129	6.98%	3.24 - 12.83
Ruptura de Normas (Primaria)	125/129	96.90%	92.25 - 99.15	4/129	3.10%	0.85 - 7.75	0/129	0.00%	0.00 - 2.82
Conducta Agresiva	123/129	95.35%	90.15 - 98.27	5/129	3.88%	1.27 - 8.81	1/129	0.78%	0.02 - 4.24
<b>Chicos</b>									
<i>Externalizante</i>	44/50	88.00%	75.69 - 95.47	2/50	4.00%	0.49 - 13.71	4/50	8.00%	2.22 - 19.23
Ruptura de Normas (Primaria)	48/50	96.00%	86.29 - 99.51	2/50	4.00%	0.49 - 13.71	0/50	0.00%	0.00 - 7.11
Conducta Agresiva	48/50	96.00%	86.29 - 99.51	2/50	4.00%	0.49 - 13.71	0/50	0.00%	0.00 - 7.11
<b>Chicas</b>									
<i>Externalizante</i>	73/79	92.41%	84.20 - 97.16	1/79	1.27%	0.03 - 6.85	5/79	6.33%	2.09 - 14.16
Ruptura de Normas (Primaria)	77/79	97.47%	91.15 - 99.69	2/79	2.53%	0.31 - 8.85	0/79	0.00%	0.00 - 4.56
Conducta Agresiva	75/79	94.94%	87.54 - 98.60	3/79	3.80%	0.79 - 10.70	1/79	1.27%	0.03 - 6.85



**Tabla 11**
*Prevalencia de Problemas Externalizantes en alumnado de siete años*

	<b>Rango Normal</b>			<b>Rango de Riesgo</b>			<b>Rango Clínico</b>		
	<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>	
<b>Total</b>									
<i>Externalizante</i>	71/93	76.34%	66.40 - 84.54	10/93	10.75%	5.28 - 18.89	12/93	12.90%	6.85 - 21.45
Ruptura de Normas (Primaria)	88/93	94.62%	87.90 - 98.23	5/93	5.38%	1.77 - 12.10	0/93	0.00%	0.00 - 3.89
Conducta Agresiva	85/93	91.40%	83.75 - 96.21	6/93	6.45%	2.40 - 13.52	2/93	2.15%	0.26 - 7.55
<b>Chicos</b>									
<i>Externalizante</i>	35/42	83.33%	68.64 - 93.03	2/42	4.76%	0.58 - 16.16	5/42	11.90%	3.98 - 25.63
Ruptura de Normas (Primaria)	38/42	90.48%	77.38 - 97.34	4/42	9.52%	2.66 - 22.62	0/42	0.00%	0.00 - 8.41
Conducta Agresiva	36/42	85.71%	71.46 - 94.57	4/42	9.52%	2.66 - 22.62	2/42	4.76%	0.58 - 16.16
<b>Chicas</b>									
<i>Externalizante</i>	36/51	70.59%	56.17 - 82.51	8/51	15.69%	7.02 - 28.59	7/51	13.73%	5.70 - 26.26
Ruptura de Normas (Primaria)	50/51	98.04%	89.55 - 99.95	1/51	1.96%	0.05 - 10.45	0/51	0.00%	0.00 - 6.98
Conducta Agresiva	49/51	96.08%	86.54 - 99.52	2/51	3.92%	0.48 - 13.46	0/51	0.00%	0.00 - 6.98

**Tabla 12**
*Prevalencia de Problemas Externalizantes en alumnado de ocho años*

	<b>Rango Normal</b>			<b>Rango de Riesgo</b>			<b>Rango Clínico</b>		
	<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>		<i>n</i>	<i>prevalencia %; IC95%</i>	
<b>Total</b>									
<i>Externalizante</i>	20/24	83.33%	62.62 - 95.26	1/24	4.17%	0.11 - 21.12	3/24	12.50%	2.66 - 32.36
Ruptura de Normas (Primaria)	23/24	95.83%	78.88 - 99.89	0/24	0.00%	0.00 - 14.25	1/24	4.17%	0.11 - 21.12
Conducta Agresiva	22/24	91.67%	73.00 - 98.97	1/24	4.17%	0.11 - 21.12	1/24	4.17%	0.11 - 21.12
<b>Chicos</b>									
<i>Externalizante</i>	12/13	92.31%	63.97 - 99.81	0/13	0.00%	0.00 - 24.71	1/13	7.69%	0.19 - 36.03
Ruptura de Normas (Primaria)	12/13	92.31%	63.97 - 99.81	0/13	0.00%	0.00 - 24.71	1/13	7.69%	0.19 - 36.03
Conducta Agresiva	12/13	92.31%	63.97 - 99.81	0/13	0.00%	0.00 - 24.71	1/13	7.69%	0.19 - 36.03
<b>Chicas</b>									
<i>Externalizante</i>	8/11	72.73%	39.03 - 93.98	1/11	9.09%	0.23 - 41.28	2/11	18.18%	2.28 - 51.78
Ruptura de Normas (Primaria)	11/11	100.00%	71.51 - 100.00	0/11	0.00%	0.00 - 28.49	0/11	0.00%	0.00 - 28.49
Conducta Agresiva	10/11	90.91%	58.72 - 99.77	1/11	9.09%	0.23 - 41.28	0/11	0.00%	0.00 - 28.49

Las Tablas 13 a la 15 presentan la distribución de prevalencias en tantos por ciento de problemas atencionales en la etapa de Primaria en los rangos normal, de riesgo y clínico en función del sexo y la edad. Los intervalos de confianza están calculados con un nivel de confianza de 0,95.

En los problemas atencionales que se evalúan en este estudio y esta prueba solamente en las edades de seis, siete y ocho años, se encuentran los siguientes resultados:

*Problemas sociales.* La prevalencia de problemas sociales en la muestra de población del estudio es de 7.80% (5.43 - 10.78). Según el análisis por edad, se encuentra una mayor prevalencia de 10.75% para siete años. Mientras que para cinco años es de 2.33% y para ocho años es de 8.34%. El análisis de la muestra por sexo refleja una prevalencia mayor en niñas sobre todo a la edad de siete años, 13.72%.

*Problemas de pensamiento.* La prevalencia de problemas de pensamiento en la muestra de población estudiada es de 4.96% (3.10 - 7.49). El análisis de la muestra por edad refleja una prevalencia de 1.55% para seis años y de 2.15% para siete años, no habiéndose encontrado prevalencia a la edad de ocho años.

*Problemas de atención.* La prevalencia de problemas de atención en la muestra de población estudiada es de 4.26% (2.54 - 6.64). El análisis de la muestra por

edad refleja una prevalencia ascendente del trastorno desde los seis años, 3.88%, siete, 5.38%, hasta los ocho años, 8.33%. En niños existe una prevalencia de 6.67% mientras que en niñas esta prevalencia es de 2.19%.

**Tabla 13**
*Prevalencia de Problemas Sociales en alumnado de Primaria*

	<b>Rango Normal</b>	<b>Rango de Riesgo</b>	<b>Rango Clínico</b>
<b>6 años</b>			
n/n total	126/129	3/129	0/129
Prevalencia (%); IC 95%	97.67% 93.35 - 99.52	2.33% 0.48 - 6.65	0.00% 0.00 - 2.82
<i>Chicos</i>			
n/n total	49/50	1/50	0/50
Prevalencia (%); IC 95%	98.00% 89.35 - 99.95	2.00% 0.05 - 10.65	0.00% 0.00 - 7.11
<i>Chicas</i>			
n/n total	77/79	2/79	0/79
Prevalencia (%); IC 95%	97.47% 91.15 - 99.69	2.53% 0.31 - 8.85	0.00% 0.00 - 4.56
<b>7 años</b>			
n/n total	83/93	6/93	4/93
Prevalencia (%); IC 95%	89.25% 81.11 - 94.72	6.45% 2.40 - 13.52	4.30% 1.18 - 10.65
<i>Chicos</i>			
n/n total	39/42	2/42	1/42
Prevalencia (%); IC 95%	92.86% 80.52 - 98.50	4.76% 0.58 - 16.16	2.38% 0.06 - 12.57
<i>Chicas</i>			
n/n total	44/51	4/51	3/51
Prevalencia (%); IC 95%	86.27% 73.74 - 94.30	7.84% 2.18 - 18.88	5.88% 1.23 - 16.24
<b>8 años</b>			
n/n total	22/24	1/24	1/24
Prevalencia (%); IC 95%	91.67% 73.00 - 98.97	4.17% 0.11 - 21.12	4.17% 0.11 - 21.12
<i>Chicos</i>			
n/n total	12/13	0/13	1/13
Prevalencia (%); IC 95%	92.31% 63.97 - 99.81	0.00% 0.00 - 24.71	7.69% 0.19 - 36.03
<i>Chicas</i>			
n/n total	10/11	1/11	0/11
Prevalencia (%); IC 95%	90.91% 58.72 - 99.77	9.09% 0.23 - 41.28	0.00% 0.00 - 28.49

**Tabla 14**
*Prevalencia de Problemas de Pensamiento en alumnado de Primaria*

	<b>Rango Normal</b>	<b>Rango de Riesgo</b>	<b>Rango Clínico</b>
<b>6 años</b>			
n/n total	127/129	2/129	0/129
Prevalencia (%); IC 95%	98.45% 94.51 - 99.81	1.55% 0.19 - 5.49	0.00% 0.00 - 2.82
<i>Chicos</i>			
n/n total	49/50	1/50	0/50
Prevalencia (%); IC 95%	98.00% 89.35 - 99.95	2.00% 0.05 - 10.65	0.00% 0.00 - 7.11
<i>Chicas</i>			
n/n total	78/79	1/79	0/79
Prevalencia (%); IC 95%	98.73% 93.15 - 99.97	1.27% 0.03 - 6.85	0.00% 0.00 - 4.56
<b>7 años</b>			
n/n total	91/93	0/93	2/93
Prevalencia (%); IC 95%	97.85% 92.45 - 99.74	0.00% 0.00 - 3.89	2.15% 0.26 - 7.55
<i>Chicos</i>			
n/n total	41/42	0/42	1/42
Prevalencia (%); IC 95%	97.62% 87.43 - 99.94	0.00% 0.00 - 8.41	2.38% 0.06 - 12.57
<i>Chicas</i>			
n/n total	50/51	0/51	1/51
Prevalencia (%); IC 95%	98.04% 89.55 - 99.95	0.00% 0.00 - 6.98	1.96% 0.05 - 10.45
<b>8 años</b>			
n/n total	24/24	0/24	0/24
Prevalencia (%); IC 95%	100.00% 85.75 - 100.00	0.00% 0.00 - 14.25	0.00% 0.00 - 14.25
<i>Chicos</i>			
n/n total	13/13	0/13	0/13
Prevalencia (%); IC 95%	100.00% 75.29 - 100.00	0.00% 0.00 - 24.71	0.00% 0.00 - 24.71
<i>Chicas</i>			
n/n total	11/11	0/11	0/11
Prevalencia (%); IC 95%	100.00% 71.51 - 100.00	0.00% 0.00 - 28.49	0.00% 0.00 - 28.49

**Tabla 15**

*Prevalencia de Problemas Atencionales en alumnado de Primaria*

	<u>Rango Normal</u>	<u>Rango de Riesgo</u>	<u>Rango Clínico</u>
<b>6 años</b>			
n/n total	124/129	5/129	0/129
Prevalencia (%); IC 95%	96.12% 91.19 - 98.73	3.88% 1.27 - 8.81	0.00% 0.00 - 2.82
<i>Chicos</i>			
n/n total	47/50	3/50	0/50
Prevalencia (%); IC 95%	94.00% 83.45 - 98.75	6.00% 1.25 - 16.55	0.00% 0.00 - 7.11
<i>Chicas</i>			
n/n total	77/79	2/79	0/79
Prevalencia (%); IC 95%	97.47% 91.15 - 99.69	2.53% 0.31 - 8.85	0.00% 0.00 - 4.56
<b>7 años</b>			
n/n total	88/93	4/93	1/93
Prevalencia (%); IC 95%	94.62% 87.90 - 98.23	4.30% 1.18 - 10.65	1.08% 0.03 - 5.85
<i>Chicos</i>			
n/n total	39/42	2/42	1/42
Prevalencia (%); IC 95%	92.86% 80.52 - 98.50	4.76% 0.58 - 16.16	2.38% 0.06 - 12.57
<i>Chicas</i>			
n/n total	49/51	2/51	0/51
Prevalencia (%); IC 95%	96.08% 86.54 - 99.52	3.92% 0.48 - 13.46	0.00% 0.00 - 6.98
<b>8 años</b>			
n/n total	22/24	2/24	0/24
Prevalencia (%); IC 95%	91.67% 73.00 - 98.97	8.33% 1.03 - 27.00	0.00% 0.00 - 14.25
<i>Chicos</i>			
n/n total	11/13	2/13	0/13
Prevalencia (%); IC 95%	84.62% 54.55 - 98.08	15.38% 1.92 - 45.45	0.00% 0.00 - 24.71
<i>Chicas</i>			
n/n total	11/11	0/11	0/11
Prevalencia (%); IC 95%	100.00% 71.51 - 100.00	0.00% 0.00 - 28.49	0.00% 0.00 - 28.49

Las Tablas 16 a la 20 presentan la distribución de prevalencias en tantos por ciento de problemas totales en los rangos normal, de riesgo y clínico en función del sexo y la edad. Los intervalos de confianza están calculados con un nivel de confianza de 0,95.

En relación a los problemas totales, el análisis sugiere los siguientes resultados:

*Internalizantes.* La prevalencia de los problemas internalizantes en la muestra de población estudiada es de 11.11% (8.28 - 14.50). No se aprecian diferencias de prevalencia por sexos, 12.82% para niños y niñas. Los datos señalan que a la edad de 7 años estos problemas tienen la máxima prevalencia. Cinco años, 6.21%; seis años, 10.85%; siete años, 19.35% y ocho años, 16.67%.

*Externalizantes.* La prevalencia de los problemas externalizantes en la muestra de población estudiada es de 12.77% (9.74 - 16.33). Esta prevalencia es equiparable en niños y niñas, 12.82% y 12.72% respectivamente. Pero varía según la edad, siendo la prevalencia menor la del alumnado de cinco años, 9.04% y la mayor, la del alumnado de siete años, 23.66%. En ocho años se encuentran las mismas prevalencias para ambos problemas, internalizantes y externalizantes, 16.67%.

*Otros problemas Infantil.* Observamos diferencia de medias por sexo, 13.79 en niños y 7.62 en niñas.



*Otros problemas Primaria.* En estos problemas en cambio no observamos apenas diferencia por sexo, 11.28 en niños y 10.28 en niñas. Y la variación de datos entre los seis, siete y ocho años no es tan acusada como en anteriores trastornos descritos, si no que aumenta de forma estable en el análisis por edad, 9.29, 12.31 y 13.62 para seis, siete y ocho años respectivamente.

**Tabla 16**

*Prevalencia de Problemas Totales de la muestra completa*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	n			n			n		
Total									
Problemas totales	400/423	94.56%	91.95 - 96.52	15/423	3.55%	2.00 - 5.78	8/423	1.89%	0.82 - 3.69
Internalizantes	376/423	88.89%	85.50 - 91.72	28/423	6.62%	4.44 - 9.42	19/423	4.49%	2.73 - 6.93
Externalizantes	369/423	87.23%	83.67 - 90.26	22/423	5.20%	3.29 - 7.77	32/423	7.57%	5.23 - 10.51
Otros problemas Infantil	177	10.76(16.32)		177	10.76(16.32)		177	10.76(16.32)	
Otros problemas Primaria	246	10.86(12.85)		246	10.86(12.85)		246	10.86(12.85)	
Chicos									
Problemas totales	179/195	91.79%	87.02 - 95.24	12/195	6.15%	3.22 - 10.50	4/195	2.05%	0.56 - 5.17
Internalizantes	170/195	87.18%	81.66 - 91.53	15/195	7.69%	4.37 - 12.37	10/195	5.13%	2.49 - 9.23
Externalizantes	170/195	87.18%	81.66 - 91.53	10/195	5.13%	2.49 - 9.23	15/195	7.69%	4.37 - 12.37
Otros problemas Infantil	90	13.79(16.82)		90	13.79(16.82)		90	13.79(16.82)	
Otros problemas Primaria	105	11.64(14.12)		105	11.64(14.12)		105	11.64(14.12)	
Chicas									
Problemas totales	221/228	96.93%	93.78 - 98.76	3/228	1.32%	0.27 - 3.80	4/228	1.75%	0.48 - 4.43
Internalizantes	206/228	90.35%	85.76 - 93.85	13/228	5.70%	3.07 - 9.55	9/228	3.95%	1.82 - 7.36
Externalizantes	199/228	87.28%	82.25 - 91.31	12/228	5.26%	2.75 - 9.01	17/228	7.46%	4.40 - 11.67
Otros problemas Infantil	87	7.62(15.26)		87	7.62(15.26)		87	7.62(15.26)	
Otros problemas Primaria	141	10.28(11.83)		141	10.28(11.83)		141	10.28(11.83)	

*Nota:* Datos expresados como prevalencia %; IC95% o media (de)

**Tabla 17**

*Prevalencia de Problemas Totales en alumnado de cinco años*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	n			n			n		
Total									
Problemas totales	162/177	91.53%	86.41 - 95.18	8/177	4.52%	1.97 - 8.71	7/177	3.95%	1.60 - 7.98
Internalizantes	166/177	93.79%	89.15 - 96.86	8/177	4.52%	1.97 - 8.71	3/177	1.69%	0.35 - 4.87
Externalizantes	161/177	90.96%	85.74 - 94.74	8/177	4.52%	1.97 - 8.71	8/177	4.52%	1.97 - 8.71
Otros problemas	177	10.76(16.32)		177	10.76(16.32)		177	10.76(16.32)	
Chicos									
Problemas totales	79/90	87.78%	79.18 - 93.74	8/90	8.89%	3.92 - 16.77	3/90	3.33%	0.69 - 9.43
Internalizantes	82/90	91.11%	83.23 - 96.08	8/90	8.89%	3.92 - 16.77	0/90	0.00%	0.00 - 4.02
Externalizantes	79/90	87.78%	79.18 - 93.74	6/90	6.67%	2.49 - 13.95	5/90	5.56%	1.83 - 12.49
Otros problemas	90	13.79(16.82)		90	13.79(16.82)		90	13.79(16.82)	
Chicas									
Problemas totales	83/87	95.40%	88.64 - 98.73	0/87	0.00%	0.00 - 4.15	4/87	4.60%	1.27 - 11.36
Internalizantes	84/87	96.55%	90.25 - 99.28	0/87	0.00%	0.00 - 4.15	3/87	3.45%	0.72 - 9.75
Externalizantes	82/87	94.25%	87.10 - 98.11	2/87	2.30%	0.28 - 8.06	3/87	3.45%	0.72 - 9.75
Otros problemas	87	7.62(15.26)		87	7.62(15.26)		87	7.62(15.26)	

*Nota:* Datos expresados como prevalencia %; IC95% o media (de)

**Tabla 18**

*Prevalencia de Problemas Totales en alumnado de seis años*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	n			n			n		
Total									
Problemas totales	126/129	97.67%	93.35 - 99.52	3/129	2.33%	0.48 - 6.65	0/129	0.00%	0.00 - 2.82
Internalizantes	115/129	89.15%	82.46 - 93.94	10/129	7.75%	3.78 - 13.79	4/129	3.10%	0.85 - 7.75
Externalizantes	117/129	90.70%	84.31 - 95.10	3/129	2.33%	0.48 - 6.65	9/129	6.98%	3.24 - 12.83
Otros problemas	129	9.29(11.22)		129	9.29(11.22)		129	9.29(11.22)	
Chicos									
Problemas totales	48/50	96.00%	86.29 - 99.51	2/50	4.00%	0.49 - 13.71	0/50	0.00%	0.00 - 7.11
Internalizantes	42/50	84.00%	70.89 - 92.83	4/50	8.00%	2.22 - 19.23	4/50	8.00%	2.22 - 19.23
Externalizantes	44/50	88.00%	75.69 - 95.47	2/50	4.00%	0.49 - 13.71	4/50	8.00%	2.22 - 19.23
Otros problemas	50	11.88(12.96)		50	11.88(12.96)		50	11.88(12.96)	
Chicas									
Problemas totales	78/79	98.73%	93.15 - 99.97	1/79	1.27%	0.03 - 6.85	0/79	0.00%	0.00 - 4.56
Internalizantes	73/79	92.41%	84.20 - 97.16	6/79	7.59%	2.84 - 15.80	0/79	0.00%	0.00 - 4.56
Externalizantes	73/79	92.41%	84.20 - 97.16	1/79	1.27%	0.03 - 6.85	5/79	6.33%	2.09 - 14.16
Otros problemas	79	7.66(9.69)		79	7.66(9.69)		79	7.66(9.69)	

*Nota:* Datos expresados como prevalencia %; IC95% o media (de)

**Tabla 19**

*Prevalencia de Problemas Totales en alumnado de siete años*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	<i>n</i>			<i>n</i>			<i>n</i>		
<b>Total</b>									
<i>Problemas totales</i>	89/93	95.70%	89.35 - 98.82	3/93	3.23%	0.67 - 9.14	1/93	1.08%	0.03 - 5.85
Internalizantes	75/93	80.65%	71.15 - 88.11	9/93	9.68%	4.52 - 17.58	9/93	9.68%	4.52 - 17.58
Externalizantes	71/93	76.34%	66.40 - 84.54	10/93	10.75%	5.28 - 18.89	12/93	12.90%	6.85 - 21.45
Otros problemas	93	12.31(14.63)		93	12.31(14.63)		93	12.31(14.63)	
<b>Chicos</b>									
<i>Problemas totales</i>	40/42	95.24%	83.84 - 99.42	1/42	2.38%	0.06 - 12.57	1/42	2.38%	0.06 - 12.57
Internalizantes	34/42	80.95%	65.88 - 91.40	2/42	4.76%	0.58 - 16.16	6/42	14.29%	5.43 - 28.54
Externalizantes	35/42	83.33%	68.64 - 93.03	2/42	4.76%	0.58 - 16.16	5/42	11.90%	3.98 - 25.63
Otros problemas	42	11.12(15.49)		42	11.12(15.49)		42	11.12(15.49)	
<b>Chicas</b>									
<i>Problemas totales</i>	49/51	96.08%	86.54 - 99.52	2/51	3.92%	0.48 - 13.46	0/51	0.00%	0.00 - 6.98
Internalizantes	41/51	80.39%	66.88 - 90.18	7/51	13.73%	5.70 - 26.26	3/51	5.88%	1.23 - 16.24
Externalizantes	36/51	70.59%	56.17 - 82.51	8/51	15.69%	7.02 - 28.59	7/51	13.73%	5.70 - 26.26
Otros problemas	51	13.29(13.95)		51	13.29(13.95)		51	13.29(13.95)	

*Nota:* Datos expresados como prevalencia %; IC95% o media (de)

**Tabla 20**

*Prevalencia de Problemas Totales en alumnado de ocho años*

	Rango Normal			Rango de Riesgo			Rango Clínico		
	<i>n</i>			<i>n</i>			<i>n</i>		
<b>Total</b>									
<i>Problemas totales</i>	23/24	95.83%	78.88 - 99.89	1/24	4.17%	0.11 - 21.12	0/24	0.00%	0.00 - 14.25
Internalizantes	20/24	83.33%	62.62 - 95.26	1/24	4.17%	0.11 - 21.12	3/24	12.50%	2.66 - 32.36
Externalizantes	20/24	83.33%	62.62 - 95.26	1/24	4.17%	0.11 - 21.12	3/24	12.50%	2.66 - 32.36
Otros problemas	24	13.62(13.10)		24	13.62(13.10)		24	13.62(13.10)	
<b>Chicos</b>									
<i>Problemas totales</i>	12/13	92.31%	63.97 - 99.81	1/13	7.69%	0.19 - 36.03	0/13	0.00%	0.00 - 24.71
Internalizantes	12/13	92.31%	63.97 - 99.81	1/13	7.69%	0.19 - 36.03	0/13	0.00%	0.00 - 24.71
Externalizantes	12/13	92.31%	63.97 - 99.81	0/13	0.00%	0.00 - 24.71	1/13	7.69%	0.19 - 36.03
Otros problemas	13	12.38(14.87)		13	12.38(14.87)		13	12.38(14.87)	
<b>Chicas</b>									
<i>Problemas totales</i>	11/11	100.00%	71.51 - 100.00	0/11	0.00%	0.00 - 28.49	0/11	0.00%	0.00 - 28.49
Internalizantes	8/11	72.73%	39.03 - 93.98	0/11	0.00%	0.00 - 28.49	3/11	27.27%	6.02 - 60.97
Externalizantes	8/11	72.73%	39.03 - 93.98	1/11	9.09%	0.23 - 41.28	2/11	18.18%	2.28 - 51.78
Otros problemas	11	15.09(11.18)		11	15.09(11.18)		11	15.09(11.18)	

*Nota:* Datos expresados como prevalencia %; IC95% o media (de)

Las Tablas 21 a la 26 presentan la distribución de prevalencias en tantos por ciento de trastornos orientados hacia un diagnóstico formal utilizando criterios DSM en los rangos normal, de riesgo y clínico en función del sexo y en función de las edades en las que se valoran con el instrumento utilizado dentro de la metodología ASEBA. Los intervalos de confianza están calculados con un nivel de confianza de 0,95.

El análisis sugiere los siguientes resultados especificados por trastornos:

*Problemas del desarrollo.* La prevalencia de estos problemas en la muestra de población estudiada es de 2.26% (0.62 - 5.68). Analizado según edad, en niñas de cinco años es de 2.30%, y 2.22% en niños.

No existe prevalencia de problemas somáticos para la muestra analizada.

*Problemas de conducta.* La prevalencia de problemas de conducta en la muestra de la población estudiada es de 6.58% (3.81 - 10.47) Si se analiza según edad se observa una prevalencia menor en seis años, 3.88%, mientras que en siete y ocho años es de 9.78% y 9.09% respectivamente. Esta prevalencia según el sexo es de 5.71% en niños 7.25% en niñas.

*Problemas afectivos.* La prevalencia de problemas afectivos en la muestra de la población estudiada es de 9.29% (6.69 - 12.48). Estudiándolo por edades, se observa que en los sujetos de 5 años la prevalencia es de 4.52%

y el doble en seis años, 8.53%; pero en 7 y 8 años aumenta hasta un 18.48% y 13.64% respectivamente. Esta prevalencia según el sexo es de en niñas 10.67% frente a 7.69% en niños. Nótese que a la edad de ocho años esta diferencia entre sexos se hace aún mayor llegando a un 22,22% más de prevalencia en niñas mientras que se mantiene estable en niños.

*Problemas de ansiedad.* La prevalencia de problemas de ansiedad en la muestra de población estudiada es de 5.95% (3.89 - 8.66). Esta prevalencia según el sexo obtiene un balance superior en niños, 7.18% que en niñas, 4.89% siendo muy dispar la distribución de los porcentajes por sexo a los cinco, seis, siete y ocho años. Estudiándolo por edades, se observa cómo aumenta la prevalencia desde los cinco, 1.69% hasta los ocho años, 13.64%.

*Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.* La prevalencia de TDAH en la muestra de población estudiada es de 10.71%. Si se realiza el análisis en base al sexo se obtiene 9.23% para niños y 12% para niñas. Estudiándolo por edades se encuentra, 6.78, 10.86, 16.31 y 18.9 en cinco, seis, siete y ocho años respectivamente. La población que presenta prevalencia en TDAH es la que se selecciona para llevar a cabo el segundo estudio. Se trabajará pues con 30 niños y niñas con TDAH no diagnosticado como tal, pero con sintomatología suficiente como para soportar un diagnóstico formal.



*Trastorno oposicionista desafiante.* La prevalencia del trastorno oposicionista desafiante en la muestra de la población estudiada es de 4.76% (2.93 - 7.26). Esta prevalencia estudiada según el sexo ofrece unos resultados muy similares de 4.62% para niños y 4.89% para niñas. Estudiándolo por edades, se observa que en los sujetos de 5, 6, 7, 8, es de 2.26%, 3.88%, 9.78% y 9.1% respectivamente.

**Tabla 21**

*Prevalencia de Problemas del Desarrollo en alumnado de cinco años, con correspondencia con criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4ª Ed. Test Revision (DSM IV-TR)*

	<b>Rango Normal</b>	<b>Rango de Riesgo</b>	<b>Rango Clínico</b>
<b>5 años</b>			
n/n total	173/177	3/177	1/177
Prevalencia (%); IC 95%	97.74% 94.32 - 99.38	1.69% 0.35 - 4.87	0.56% 0.01 - 3.11
<i>Chicos</i>			
n/n total	88/90	2/90	0/90
Prevalencia (%); IC 95%	97.78% 92.20 - 99.73	2.22% 0.27 - 7.80	0.00% 0.00 - 4.02
<i>Chicas</i>			
n/n total	85/87	1/87	1/87
Prevalencia (%); IC 95%	97.70% 91.94 - 99.72	1.15% 0.03 - 6.24	1.15% 0.03 - 6.24

**Tabla 22**

*Prevalencia de Problemas de Conducta en alumnado de Ed. Primaria, con correspondencia con criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4ª Ed. Test Revision (DSM IV-TR)*

	<b>Rango Normal</b>	<b>Rango de Riesgo</b>	<b>Rango Clínico</b>
<b>Total</b>			
n/n total	227/243	9/243	7/243
Prevalencia (%); IC 95%	93.42% 89.53 - 96.19	3.70% 1.71 - 6.91	2.88% 1.17 - 5.84
<b>Chicos</b>			
n/n total	99/105	2/105	4/105
Prevalencia (%); IC 95%	94.29% 87.98 - 97.87	1.90% 0.23 - 6.71	3.81% 1.05 - 9.47
<b>Chicas</b>			
n/n total	128/138	7/138	3/138
Prevalencia (%); IC 95%	92.75% 87.08 - 96.47	5.07% 2.06 - 10.17	2.17% 0.45 - 6.22
<b>6 años</b>			
n/n total	124/129	2/129	3/129
Prevalencia (%); IC 95%	96.12% 91.19 - 98.73	1.55% 0.19 - 5.49	2.33% 0.48 - 6.65
<b>Chicos</b>			
n/n total	48/50	1/50	1/50
Prevalencia (%); IC 95%	96.00% 86.29 - 99.51	2.00% 0.05 - 10.65	2.00% 0.05 - 10.65
<b>Chicas</b>			
n/n total	76/79	1/79	2/79
Prevalencia (%); IC 95%	96.20% 89.30 - 99.21	1.27% 0.03 - 6.85	2.53% 0.31 - 8.85
<b>7 años</b>			
n/n total	83/92	6/92	3/92
Prevalencia (%); IC 95%	90.22% 82.24 - 95.43	6.52% 2.43 - 13.66	3.26% 0.68 - 9.23
<b>Chicos</b>			
n/n total	39/42	1/42	2/42
Prevalencia (%); IC 95%	92.86% 80.52 - 98.50	2.38% 0.06 - 12.57	4.76% 0.58 - 16.16
<b>Chicas</b>			
n/n total	44/50	5/50	1/50
Prevalencia (%); IC 95%	88.00% 75.69 - 95.47	10.00% 3.33 - 21.81	2.00% 0.05 - 10.65
<b>8 años</b>			
n/n total	20/22	1/22	1/22
Prevalencia (%); IC 95%	90.91% 70.84 - 98.88	4.55% 0.12 - 22.84	4.55% 0.12 - 22.84
<b>Chicos</b>			
n/n total	12/13	0/13	1/13
Prevalencia (%); IC 95%	92.31% 63.97 - 99.81	0.00% 0.00 - 24.71	7.69% 0.19 - 36.03
<b>Chicas</b>			
n/n total	8/9	1/9	0/9
Prevalencia (%); IC 95%	88.89% 51.75 - 99.72	11.11% 0.28 - 48.25	0.00% 0.00 - 33.63

**Tabla 23**

*Prevalencia de Problemas Afectivos en alumnado de Infantil y Primaria, con correspondencia con criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4ª Ed. Test Revision (DSM IV-TR)*

	Rango Normal	Rango de Riesgo	Rango Clínico
<b>Total</b>			
n/n total	381/420	32/420	7/420
Prevalencia (%); IC 95%	90.71% 87.52 - 93.31	7.62% 5.27 - 10.59	1.67% 0.67 - 3.40
<b>Chicos</b>			
n/n total	180/195	14/195	1/195
Prevalencia (%); IC 95%	92.31% 87.63 - 95.63	7.18% 3.98 - 11.75	0.51% 0.01 - 2.82
<b>Chicas</b>			
n/n total	201/225	18/225	6/225
Prevalencia (%); IC 95%	89.33% 84.55 - 93.05	8.00% 4.81 - 12.35	2.67% 0.98 - 5.71
<b>5 años</b>			
n/n total	169/177	7/177	1/177
Prevalencia (%); IC 95%	95.48% 91.29 - 98.03	3.95% 1.60 - 7.98	0.56% 0.01 - 3.11
<b>Chicos</b>			
n/n total	85/90	5/90	0/90
Prevalencia (%); IC 95%	94.44% 87.51 - 98.17	5.56% 1.83 - 12.49	0.00% 0.00 - 4.02
<b>Chicas</b>			
n/n total	84/87	2/87	1/87
Prevalencia (%); IC 95%	96.55% 90.25 - 99.28	2.30% 0.28 - 8.06	1.15% 0.03 - 6.24
<b>6 años</b>			
n/n total	118/129	11/129	0/129
Prevalencia (%); IC 95%	91.47% 85.25 - 95.67	8.53% 4.33 - 14.75	0.00% 0.00 - 2.82
<b>Chicos</b>			
n/n total	46/50	4/50	0/50
Prevalencia (%); IC 95%	92.00% 80.77 - 97.78	8.00% 2.22 - 19.23	0.00% 0.00 - 7.11
<b>Chicas</b>			
n/n total	72/79	7/79	0/79
Prevalencia (%); IC 95%	91.14% 82.59 - 96.36	8.86% 3.64 - 17.41	0.00% 0.00 - 4.56
<b>7 años</b>			
n/n total	75/92	13/92	4/92
Prevalencia (%); IC 95%	81.52% 72.07 - 88.85	14.13% 7.74 - 22.95	4.35% 1.20 - 10.76
<b>Chicos</b>			
n/n total	37/42	4/42	1/42
Prevalencia (%); IC 95%	88.10% 74.37 - 96.02	9.52% 2.66 - 22.62	2.38% 0.06 - 12.57
<b>Chicas</b>			
n/n total	38/50	9/50	3/50
Prevalencia (%); IC 95%	76.00% 61.83 - 86.94	18.00% 8.58 - 31.44	6.00% 1.25 - 16.55
<b>8 años</b>			
n/n total	19/22	1/22	2/22
Prevalencia (%); IC 95%	86.36% 65.09 - 97.09	4.55% 0.12 - 22.84	9.09% 1.12 - 29.16
<b>Chicos</b>			
n/n total	12/13	1/13	0/13
Prevalencia (%); IC 95%	92.31% 63.97 - 99.81	7.69% 0.19 - 36.03	0.00% 0.00 - 24.71
<b>Chicas</b>			
n/n total	7/9	0/9	2/9
Prevalencia (%); IC 95%	77.78% 39.99 - 97.19	0.00% 0.00 - 33.63	22.22% 2.81 - 60.01

**Tabla 24**

*Prevalencia de Problemas de Ansiedad en alumnado de Infantil y Primaria, con correspondencia con criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4ª Ed. Test Revision (DSM IV-TR)*

	Rango Normal	Rango de Riesgo	Rango Clínico
<b>Total</b>			
n/n total	395/420	14/420	11/420
Prevalencia (%); IC 95%	94.05% 91.34 - 96.11	3.33% 1.83 - 5.53	2.62% 1.31 - 4.64
<b>Chicos</b>			
n/n total	181/195	8/195	6/195
Prevalencia (%); IC 95%	92.82% 88.25 - 96.02	4.10% 1.79 - 7.92	3.08% 1.14 - 6.58
<b>Chicas</b>			
n/n total	214/225	6/225	5/225
Prevalencia (%); IC 95%	95.11% 91.42 - 97.53	2.67% 0.98 - 5.71	2.22% 0.73 - 5.11
<b>5 años</b>			
n/n total	174/177	2/177	1/177
Prevalencia (%); IC 95%	98.31% 95.13 - 99.65	1.13% 0.14 - 4.02	0.56% 0.01 - 3.11
<b>Chicos</b>			
n/n total	88/90	2/90	0/90
Prevalencia (%); IC 95%	97.78% 92.20 - 99.73	2.22% 0.27 - 7.80	0.00% 0.00 - 4.02
<b>Chicas</b>			
n/n total	86/87	0/87	1/87
Prevalencia (%); IC 95%	98.85% 93.76 - 99.97	0.00% 0.00 - 4.15	1.15% 0.03 - 6.24
<b>6 años</b>			
n/n total	121/129	5/129	3/129
Prevalencia (%); IC 95%	93.80% 88.15 - 97.28	3.88% 1.27 - 8.81	2.33% 0.48 - 6.65
<b>Chicos</b>			
n/n total	45/50	2/50	3/50
Prevalencia (%); IC 95%	90.00% 78.19 - 96.67	4.00% 0.49 - 13.71	6.00% 1.25 - 16.55
<b>Chicas</b>			
n/n total	76/79	3/79	0/79
Prevalencia (%); IC 95%	96.20% 89.30 - 99.21	3.80% 0.79 - 10.70	0.00% 0.00 - 4.56
<b>7 años</b>			
n/n total	81/92	6/92	5/92
Prevalencia (%); IC 95%	88.04% 79.61 - 93.88	6.52% 2.43 - 13.66	5.43% 1.79 - 12.23
<b>Chicos</b>			
n/n total	36/42	3/42	3/42
Prevalencia (%); IC 95%	85.71% 71.46 - 94.57	7.14% 1.50 - 19.48	7.14% 1.50 - 19.48
<b>Chicas</b>			
n/n total	45/50	3/50	2/50
Prevalencia (%); IC 95%	90.00% 78.19 - 96.67	6.00% 1.25 - 16.55	4.00% 0.49 - 13.71
<b>8 años</b>			
n/n total	19/22	1/22	2/22
Prevalencia (%); IC 95%	86.36% 65.09 - 97.09	4.55% 0.12 - 22.84	9.09% 1.12 - 29.16
<b>Chicos</b>			
n/n total	12/13	1/13	0/13
Prevalencia (%); IC 95%	92.31% 63.97 - 99.81	7.69% 0.19 - 36.03	0.00% 0.00 - 24.71
<b>Chicas</b>			
n/n total	7/9	0/9	2/9
Prevalencia (%); IC 95%	77.78% 39.99 - 97.19	0.00% 0.00 - 33.63	22.22% 2.81 - 60.01

**Tabla 25**

*Prevalencia de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en alumnado de Infantil y Primaria, con correspondencia con criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4ª Ed. Text Revision (DSM IV-TR)*

	Rango Normal	Rango de Riesgo	Rango Clínico
<b>Total</b>			
n/n total	375/420	37/420	8/420
Prevalencia (%); IC 95%	89,29 %; 85,93 - 92,08	8,81 %; 6,28 - 11,94	1,90 %; 0,83 - 3,72
<b>Chicos</b>			
n/n total	177/195	15/195	3/195
Prevalencia (%); IC 95%	90,77 %; 85,80 - 94,44	7,69 %; 4,37 - 12,37	1,54 %; 0,32 - 4,43
<b>Chicas</b>			
n/n total	198/225	22/225	5/225
Prevalencia (%); IC 95%	88,00 %; 83,02 - 91,94	9,78 %; 6,23 - 14,43	2,22 %; 0,73 - 5,11
<b>5 años</b>			
n/n total	165/177	10/177	2/177
Prevalencia (%); IC 95%	93,22 %; 88,46 - 96,45	5,65 %; 2,74 - 10,14	1,13 %; 0,14 - 4,02
<b>Chicos</b>			
n/n total	83/90	6/90	1/90
Prevalencia (%); IC 95%	92,22 %; 84,63 - 96,82	6,67 %; 2,49 - 13,95	1,11 %; 0,03 - 6,04
<b>Chicas</b>			
n/n total	82/87	4/87	1/87
Prevalencia (%); IC 95%	94,25 %; 87,10 - 98,11	4,60 %; 1,27 - 11,36	1,15 %; 0,03 - 6,24
<b>6 años</b>			
n/n total	115/129	13/129	1/129
Prevalencia (%); IC 95%	89,15 %; 82,46 - 93,94	10,08 %; 5,48 - 16,62	0,78 %; 0,02 - 4,24
<b>Chicos</b>			
n/n total	45/50	5/50	0/50
Prevalencia (%); IC 95%	90,00 %; 78,19 - 96,67	0,10 %; 3,33 - 21,81	0,00 %; 0,00 - 7,11
<b>Chicas</b>			
n/n total	70/79	8/79	1/79
Prevalencia (%); IC 95%	88,61 %; 79,47 - 94,66	10,13 %; 4,47 - 18,98	1,27 %; 0,03 - 6,85
<b>7 años</b>			
n/n total	77/92	11/92	4/92
Prevalencia (%); IC 95%	83,70 %; 74,54 - 90,58	11,96 %; 6,12 - 20,39	4,35 %; 1,20 - 10,76
<b>Chicos</b>			
n/n total	38/42	3/42	1/42
Prevalencia (%); IC 95%	90,48 %; 77,38 - 97,34	7,14 %; 1,50 - 19,48	2,38 %; 0,06 - 12,57
<b>Chicas</b>			
n/n total	39/50	8/50	3/50
Prevalencia (%); IC 95%	78,00 %; 64,04 - 88,47	16,00 %; 7,17 - 29,11	6,00 %; 1,25 - 16,55
<b>8 años</b>			
n/n total	18/22	3/22	1/22
Prevalencia (%); IC 95%	81,82 %; 59,72 - 94,81	13,64 %; 2,91 - 34,91	4,55 %; 0,12 - 22,84
<b>Chicos</b>			
n/n total	11/13	1/13	1/13
Prevalencia (%); IC 95%	84,62 %; 54,55 - 98,08	7,69 %; 0,19 - 36,03	7,69 %; 0,19 - 36,03
<b>Chicas</b>			
n/n total	7/9	2/9	7/9
Prevalencia (%); IC 95%	77,78 %; 39,99 - 97,19	22,22 %; 2,81 - 60,01	0,00 %; 0,00 - 33,63

**Tabla 26**

*Prevalencia de Trastorno Oposicionista Desafiante en alumnado de Infantil y Primaria, con correspondencia con criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4ª Ed. Text Revision (DSM*

	Rango Normal	Rango de Riesgo	Rango Clínico
<b>Total</b>			
n/n total	400/420	12/420	8/420
Prevalencia (%); IC 95%	95.24% 92.74 - 97.07	2.86% 1.48 - 4.94	1.90% 0.83 - 3.72
<b>Chicos</b>			
n/n total	186/195	5/195	4/195
Prevalencia (%); IC 95%	95.38% 91.42 - 97.87	2.56% 0.84 - 5.88	2.05% 0.56 - 5.17
<b>Chicas</b>			
n/n total	214/225	7/225	4/225
Prevalencia (%); IC 95%	95.11% 91.42 - 97.53	3.11% 1.26 - 6.30	1.78% 0.49 - 4.49
<b>5 años</b>			
n/n total	173/177	3/177	1/177
Prevalencia (%); IC 95%	97.74% 94.32 - 99.38	1.69% 0.35 - 4.87	0.56% 0.01 - 3.11
<b>Chicos</b>			
n/n total	87/90	3/90	0/90
Prevalencia (%); IC 95%	96.67% 90.57 - 99.31	3.33% 0.69 - 9.43	0.00% 0.00 - 4.02
<b>Chicas</b>			
n/n total	86/87	0/87	1/87
Prevalencia (%); IC 95%	98.85% 93.76 - 99.97	0.00% 0.00 - 4.15	1.15% 0.03 - 6.24
<b>6 años</b>			
n/n total	124/129	2/129	3/129
Prevalencia (%); IC 95%	96.12% 91.19 - 98.73	1.55% 0.19 - 5.49	2.33% 0.48 - 6.65
<b>Chicos</b>			
n/n total	48/50	1/50	1/50
Prevalencia (%); IC 95%	96.00% 86.29 - 99.51	2.00% 0.05 - 10.65	2.00% 0.05 - 10.65
<b>Chicas</b>			
n/n total	76/79	1/79	2/79
Prevalencia (%); IC 95%	96.20% 89.30 - 99.21	1.27% 0.03 - 6.85	2.53% 0.31 - 8.85
<b>7 años</b>			
n/n total	83/92	6/92	3/92
Prevalencia (%); IC 95%	90.22% 82.24 - 95.43	6.52% 2.43 - 13.66	3.26% 0.68 - 9.23
<b>Chicos</b>			
n/n total	39/42	1/42	2/42
Prevalencia (%); IC 95%	92.86% 80.52 - 98.50	2.38% 0.06 - 12.57	4.76% 0.58 - 16.16
<b>Chicas</b>			
n/n total	39/42	1/42	2/42
Prevalencia (%); IC 95%	92.86% 80.52 - 98.50	2.38% 0.06 - 12.57	4.76% 0.58 - 16.16
<b>8 años</b>			
n/n total	20/22	1/22	1/22
Prevalencia (%); IC 95%	90.91% 70.84 - 98.88	4.55% 0.12 - 22.84	4.55% 0.12 - 22.84
<b>Chicos</b>			
n/n total	12/13	0/13	1/13
Prevalencia (%); IC 95%	92.31% 63.97 - 99.81	0.00% 0.00 - 24.71	7.69% 0.19 - 36.03
<b>Chicas</b>			
n/n total	8/9	1/9	0/9
Prevalencia (%); IC 95%	88.89% 51.75 - 99.72	11.11% 0.28 - 48.25	0.00% 0.00 - 33.63

## 7. Discusión

La prevalencia obtenida en este estudio sobre sintomatología total es similar en los dos sexos tanto en sintomatología internalizada como externalizada pero si se consideran otros problemas como atencionales, sociales y pensamiento junto a otros síntomas agrupados bajo el nombre de otros problemas entonces las prevalencias de los dos sexos son distintas para los niños, 8.23 mientras que para las niñas es 3.07. Otros estudios presentan resultados parecidos. En concreto en el estudio de Alaez, Martínez- Arías y Rodríguez- Sutil (2000) obtuvo como resultados, utilizando el sistema ASEBA de 1993 que es el mismo que se ha utilizado en la presente investigación en la versión anterior a la nuestra, una prevalencia total de trastornos 7,6 hasta los 5 años, y de 15,4 en edades de 6-9 años. Respecto al sexo, varones obtiene 24,2 y mujeres 21,0. En la presente investigación se ha examinado las diferencias por sexo también y se muestran sus resultados en todas las tablas y se discutirán en cada caso. Hablando en general, esta muestra puede incluir tanto niños y niñas con posible diagnóstico clínico como otros que no llegan a cumplir criterios DSM pero tienen bastante sintomatología y se beneficiarían de posibles programas de prevención. Aquí se detecta una carencia grave consistente en que no hay baremos españoles del sistema ASEBA del protocolo que rellenan los profesores. Si los hay del protocolo que



rellenan los padres pero se ofrecen estos datos para elaborar dichos baremos del TRF y CTRF.

A continuación se discute la prevalencia por problemas DSM lo cual se refleja en las tablas de la 21 a la 27. La prevalencia de problemas de desarrollo es de 2,26% en la muestra total. Dado que esta categoría de problemas de desarrollo solo es para el ámbito de infantil se comentan los resultados asociados a 5 años últimos de dicha etapa infantil. En 5 años la prevalencia para niñas es 2,30 % mientras que para niños 2,22%. Prácticamente no hay diferencias por sexo y la prevalencia es más baja que la del estudio de Alaez et al. (2000).

La prevalencia de riesgo y clínica de trastornos somáticos es muy baja casi inexistentes en esta población según la tabla 16 debido a que en el contexto escolar el profesor puede apreciar poco síntomas somáticos ya que se trata de una población normativa no clínica y todavía no han sido identificadas sus necesidades específicas de apoyo educativo NEAE.

La prevalencia de problemas de conducta se comenta primero en cuanto a la prevalencia total, que es 6,58% que si se observa por edades en 6 años es 3,88% y es la más baja de la serie por edades. Por sexo la prevalencia es más alta en niñas pero las niñas están todas en la categoría de riesgo mientras que los niños, un 5,71 están en la categoría clínica.

Problemas afectivos en su prevalencia total es de 9,99% y por edades la más alta es en 7 años un 18,48%. Por sexo la prevalencia de problemas afectivos es más alta en niñas (22,22%) que en niños. 8. a la edad de 8 años la diferencia entre sexos es en niñas 10,67% y 7,69% en niños. En cuanto a los problemas de ansiedad son parecidas las prevalencias de chico y chica en edades inferiores incrementándose el porcentaje con la edad hasta llegar a un 13,64% a los 8 años. Por sexo considerando la muestra total se obtiene en niños un 7,18% mientras que en niñas un 4,89%.

En cuanto al TDAH se encuentra una prevalencia total de 10,71%. En base a la edad se encuentra un incremento progresivo de la prevalencia desde 6,78% a los 5 años y 18% a los 8 años. Al parecer este resultado revela lo equivoco que puede ser el diagnóstico del TDAH y una familia o un profesorado sin formación pueden dar demasiada importancia a lo que son excesos conductuales. También el diagnóstico puede verse oscurecido por presentar sintomatología compartida con otros problemas, como trastornos de conducta o de ansiedad.

El trastorno oposicionista desafiante presenta prevalencia alta total de 4,76%. Por edades muestra un efecto negativo del desarrollo ya que pasa de un 2,26% a los 5 años a un 9.1% a los 8 años. Este efecto revela la continuidad

del trastorno pero también que no se ha intervenido ya que una intervención efectiva hubiera podido minimizar el riesgo y disminuir la sintomatología.

De todos los trastornos valorados en el primer estudio, y con objeto de determinar la muestra para el segundo estudio, se han seleccionado los niños y niñas en riesgo de padecer sintomatología del TDAH. Para la determinación de dicho riesgo se ha tenido en cuenta tanto las puntuaciones del rango de riesgo y el rango clínico obtenidas en la CTRF y la TRF.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



# **II. TDAH. ESTUDIO DE VARIABLES PREDICTORAS**



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

## II. TDAH. ESTUDIO DE VARIABLES PREDICTORAS

### 1. Trastornos externalizantes. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

- 1.1. Revisión de modelos teóricos del TDAH
  - 1.1.1. Modelo de Wender. Disfunción Cerebral Mínima
  - 1.1.2. Modelo de Douglas. Déficit de atención
  - 1.1.3. Modelos basados en la desinhibición conductual
  - 1.1.4. Modelo de Barkley. Autorregulación
- 1.2. Evolución del TDAH a lo largo del desarrollo
- 1.3. Evaluación y diagnóstico del TDAH
- 1.4. Prevalencia
- 1.5. Comorbilidad

### 2. Variables predictoras. El estrés autopercebido estrés parental y estilo de crianza

- 2.1. Concepto de estrés
  - 2.1.1. Orígenes y aproximaciones al concepto de estrés
  - 2.1.2. El estrés como estímulo
  - 2.1.3. El estrés como respuesta
  - 2.1.4. El estrés como interacción estímulo-respuesta
- 2.2. Situaciones estresantes infantiles
- 2.3. Estrés autopercebido
- 2.4. Estrés parental y estilo de crianza

### 3. Objetivos

### 4. Método

- 4.1. Participantes
- 4.2. Instrumentos de evaluación
  - 4.2.1. Cuestionario de Estrés Infantil Autopercebido (CEIA)
  - 4.2.2. Parent's Stress Index (PSI)
  - 4.2.3. Inventario de Prácticas de Crianza
- 4.3. Procedimiento
- 4.4. Diseño

### 5. Resultados

### 6. Discusión



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



El primer estudio tenía como principal objetivo en el contexto escolar la detección de alumnado con riesgo de padecer algún tipo de trastorno, y más concretamente para detectar los que presentaban riesgo de sintomatología TDAH no diagnosticada.

El segundo estudio intenta realizar, en primer lugar, una aproximación al TDAH para mejorar la comprensión y conocimiento del mismo, mediante la exposición de sus modelos teóricos más relevantes, su desarrollo evolutivo, su prevalencia, así como una propuesta de evaluación y diagnóstico desde un enfoque funcional/dimensional. En segundo lugar determinar si el estrés autopercebido, el estrés familiar, el estilo paterno, pueden ser variables predictoras de sintomatología del TDAH.

A pesar de que el TDAH es una de los trastornos que más interés ha suscitado desde el campo de la investigación, actualmente no existen ni modelos ni correlatos psicobiológicos definitivos. Por lo que el presente trabajo pretende modestamente contribuir al campo aplicado y al teórico aportando información que puede ser útil para el mayor conocimiento del TDAH.

El modelo subyacente a esta investigación es un modelo ecológico que atribuye las causas del trastorno no solo a características individuales sino también a características del contexto principalmente el contexto familiar que

más peso tiene para niños pequeños. Ni que decir tiene que se asume también la causalidad implícita en la herencia aunque no se incluyen en el presente estudio variables de tipo médico o psicobiológico.

El presente estudio asume también que el riesgo del trastorno puede potenciarse o aminorarse en función de la relación con el profesorado. Es importante pues vislumbrar el contexto escolar como facilitador de prevención e intervención. Los resultados de esta investigación pueden ayudar a formular objetivos de intervención en función de las relaciones que aparezcan entre estrés autopercebido, estrés familiar y estilos educativos de los padres y el sufrir TDAH. Tanto puede beneficiarse el centro escolar como la familia de la información para diseñar intervenciones puntuales.

## **1. Trastornos externalizantes. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).**

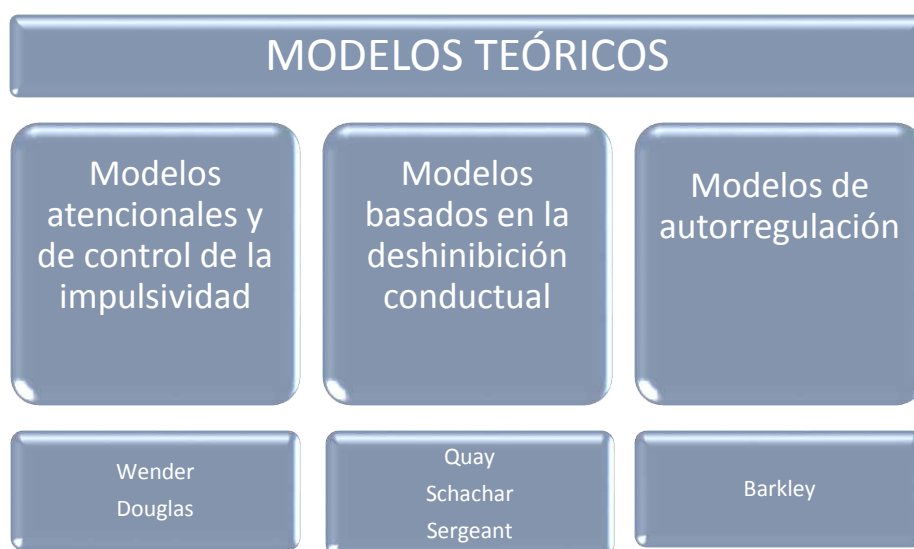
### **1.1. Revisión de modelos teóricos del TDAH**

Muchos han sido los intentos de determinar un modelo explicativo de la naturaleza del TDAH desde que Heinrich Hoffman en 1865 realizara una primera observación sobre niños con hiperactividad (Stewart, 1970). O desde que George Still (1902) y Alfred Tredgold (1908) realizaran una aproximación clínica a lo que hoy conocemos como TDAH. Para hacer una revisión de la evolución de la investigación sobre el trastorno deberíamos realizarla a lo largo de siete décadas, lo que conlleva numerosas investigaciones y publicaciones, sirva como ejemplo que en el periodo comprendido entre 1957 y 1960 se publicaron tan solo 31 artículos en literatura científica sobre el TDAH, mientras que entre los años 1960 y 1975 encontramos unos 2000 artículos, y desde los años 1977 a 1980, en tan solo tres años 700 artículos fueron publicados, progresión que ha ido aumentando hasta la actualidad (Weiss y Hechtman, 1993). En la actualidad se sigue investigando en el TDAH por lo que la presente investigación tiene un interés a pesar de que el tema tenga un gran volumen de investigaciones.

A pesar de lo dilatado del tiempo y de las investigaciones que han intentado desentrañar la naturaleza del TDAH, ha sido a partir de los años 70

y hasta la actualidad cuando se han formulado los modelos que más repercusión han originado en cuanto a la definición de la posible causa u origen del TDAH, estos modelos son los ilustrados en la figura 6, considerándolos históricamente:

**Figura 6.**  
Modelos teóricos del TDAH



### 1.1.1. Modelo de Wender. Disfunción Cerebral Mínima

La década de los 70 destacó debido a que en ella surgieron dos modelos en cuanto a la naturaleza del TDAH (Barkley, 1998, 2006): el modelo de atención y el control de impulsos en niños hiperactivos de Virginia Douglas y el modelo de Wender sobre la Disfunción Cerebral Mínima (DCM). Wender

(1971) describe los problemas psicológicos que presentan los niños con una DCM en seis categorías de síntomas:

- Problemas en el desarrollo motor. En algunos casos sin una excesiva activación motora, pero lo que si mostraron estos niños fue una pobre coordinación motora, excesivas verbalizaciones, cólicos y dificultades con el sueño. No obstante Wender destacaba la presencia en algunos casos de una hipoactividad a nivel motor mientras que por el contrario manifestaban una atención alterada. Sin duda esto hace referencia al TDAH tipo inatento.
- Nivel atencional y cognitivo perceptual. La atención y la concentración deficitaria, además del funcionamiento cognitivo perceptual se presentan como el principal dominio alterado del trastorno. También son incluidos en los problemas atencionales la alta distraibilidad, los pensamientos fantasiosos, la pobre organización de las ideas o reglas.
- El aprendizaje. Destaca la pobre producción a nivel académico, a nivel de lectura y escritura, comprensión, así como de las matemáticas.
- El control de impulsos. Se observa una capacidad limitada a nivel de inhibición conductual, esta es identificada por Wender como la cuarta



característica de los niños con DCM, además el autor incluye: una baja resistencia a la frustración, una inhabilidad a la hora de retrasar un refuerzo positivo, conducta antisocial.

- Las relaciones interpersonales. El autor hace mención a la falta de habilidad a la hora de hacer frente a las demandas del entorno social, extroversión, una excesiva independencia, desobediencia, negativismo, pobre respuesta a la disciplina, etc. Todo esto tiene como causa unas relaciones interpersonales deficitarias.
- Las emociones. En el dominio de las emociones, Wender incluye una alta labilidad emocional, un incremento de la ansiedad, un temperamento alto y disforia. Para el autor la disforia en estos niños es representativa de depresión, baja autoestima, y ansiedad. Todos estos síntomas son considerados representativos de niños con DCM.

Wender expone que la disfunción de los dominios expuestos anteriormente pueden concretarse en tres déficits primarios: el primero de ellos hace referencia a la disminución de las experiencias de placer o de dolor, esto conlleva que los niños con DCM podrían mostrar una baja sensibilidad ante los refuerzos o las sanciones, siendo menos susceptibles a la influencia del entorno social. El segundo déficit hace referencia a una mala regulación de los niveles de activación, esto influye directamente en la capacidad de inhibición

conductual, por lo que la hiperactividad sería entendida como un reflejo de un alto nivel de activación. Wender entiende como aspectos secundarios del alto nivel de activación la poca atención sostenida y la tendencia a la distracción. El último déficit primario es el de la extroversión, que incluirían una alta reactividad emocional, una baja resistencia a la frustración, etc.

El autor define que los tres déficits primarios determinarían dificultades adaptativas, pobres relaciones interpersonales, así como un mal funcionamiento y resultados académicos. Es de comentar que de estos tres déficits el de la extroversión tiene que ver según se sabe hoy con características temperamentales del niño o niña.

### **1.1.2. El modelo de Douglas. Déficit de Atención**

El modelo de Virginia Douglas es uno de los más potentes y relevantes en la cuanto a la conceptualización del origen del TDAH, llegando su relevancia hasta la actualidad (Douglas, 1980a, 1980b, 1983; Douglas y Peters, 1979). A lo largo de los estudios realizados por Douglas sobre los niños TDAH la sobreactividad motora pasaba a un segundo plano, mientras que el eje de su modelo se centró en los problemas atencionales.

En sus orígenes el elemento central de este modelo es la variable atención sostenida/vigilancia. El origen del TDAH lo atribuye a cuatro predisposiciones básicas moduladas por factores ambientales, estas son:

- Un rechazo o poco interés por dedicar atención y esfuerzo en tareas complejas.
- Tendencia a la gratificación inmediata.
- Pobre capacidad para inhibir respuestas impulsivas.
- Poca capacidad para regular la activación en la resolución de problemas.

Los déficits secundarios originados por estos patrones y los problemas en el procesamiento de la información sobre todo a nivel cognitivo se pueden agrupar en:

- Déficit en el desarrollo de esquemas y estrategias, aspecto que se refleja en la solución de problemas.
- Déficit en la motivación intrínseca asociada al pobre rendimiento, reflejado en expectativas de fracaso e incapacidad.
- Déficits metacognitivos, incapacidad para planificar y controlar la actividad propia.



Sin duda todos los aspectos mencionados anteriormente pueden observarse en la sintomatología asociada al TDAH. Toda esta información sobre síndromes y déficits queda reflejada en los criterios diagnósticos del TDAH de las últimas ediciones del DSM. A pesar de ello Douglas no se ha centrado en esas premisas atencionales como en sus primeras aportaciones, sino ha avanzado a explicar cómo ese tipo de problemas atencionales surgían en tareas de rendimiento continuo en ausencia de reforzadores externos inmediatos. Las tareas de rendimiento continuo miden concretamente dos variables: la primera variable es la capacidad que tiene el niño de mantener una atención sostenida. Esta variable ha sido contrastada por numerosas investigaciones que han utilizado pruebas específicas de ejecución continua (Corkum y Siegel, 1993; Conners, 1995 Frazier, Demaree y Youngstrom, 2004). Mientras que la segunda variable es la impulsividad o control motor. Estas dos variables permiten determinar el objetivo a conseguir, manteniendo la atención sostenida durante el tiempo necesario para la consecución del objetivo, acompañado de la inhibición conductual suficiente para controlar la impulsividad y la actividad motora.

En la inhibición de los niños TDAH, hay varios aspectos a tener en cuenta, como son el aspecto motivacional, variables ambientales, así como la utilización de reforzadores. Las variables ambientales juegan un importante papel inhibitorio ya que en estos niños y niñas pueden ayudar a modular el

factor motivacional. Aparece frustración en tareas en las que el niño con la ejecución de la respuesta no cumple con las expectativas de conseguir el refuerzo o el objetivo de la misma, dando origen a una tasa inferior en la producción de tareas o inhibiendo la realización de las mismas (Parry y Douglas, 1983).

En un estudio realizado por Iaboni, Douglas y Baker (1995) de los efectos de los reforzadores y coste de respuesta sobre la inhibición en niños TDAH, en cuatro condiciones experimentales, Refuerzo-Coste de Respuesta, Coste de Respuesta-Refuerzo, Coste de Respuesta-Coste de Respuesta y Refuerzo-Refuerzo los resultados muestran que los niños con TDAH mostraban en todas las condiciones una tasa mayor de comisión de errores que los niños del grupo control. Esto implica presencia de un problema de inhibición en cuanto a las cuatro condiciones experimentales, aunque las diferencias fueron mínimas. Quay (1991, 1988) en base al modelo de Gray (1982, 1987) expuesto en el modelo teórico siguiente, argumenta que la debilidad del sistema de inhibición conductual puede explicar parte de la sintomatología del TDAH. Quay rechaza la hipótesis de que los niños presenten una sobreactividad del sistema de recompensas.

El estudio de Iabone et al. (1983) expone que en los niños TDAH la velocidad de respuesta y el coste de respuesta son mayores que en los niños sin

TDAH. Este aspecto fundamenta la teoría de Douglas de que los niños TDAH pueden presentar una mayor frustración y menor desinhibición cuando intentan obtener refuerzo tras un coste de respuesta.

Para Douglas (2005) los déficits en la autorregulación a nivel cognitivo y motor se encuentran asociados al origen de los problemas de los niños con TDAH. Los problemas en la autorregulación pueden deberse principalmente a un déficit en los siguientes componentes: en primer lugar, un componente atencional, referido a la facilitación, esfuerzo y energía de activación necesaria para el procesamiento cognitivo. Este énfasis en el esfuerzo atencional comparte similitud con el “estado de regulación” y la “activación”, conceptos propuestos en el modelo energético de Sergeant (2000). En segundo lugar, un componente inhibitorio. Este componente comparte semejanzas con el modelo de Barkley (1997), ya que hace referencia a los mecanismos de control de impulsos y de respuestas inapropiadas. En tercer lugar, un componente estratégico y organizacional, relacionado con las estrategias y procesos de alto nivel que guían el procesamiento cognitivo (preparación y planificación, memoria de trabajo y detección de cambios y estrategias).

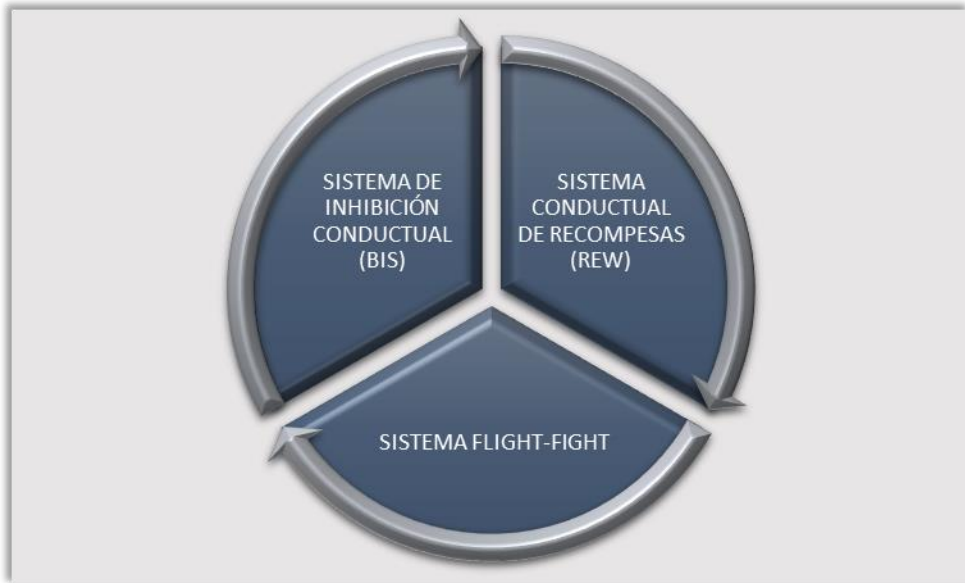
### **1.1.3. Modelos basados en la desinhibición conductual.**

#### **Modelo de Quay (1997).**

Este modelo está basado en el modelo neuropsicológico de la ansiedad de Jeffrey Gray (1987). Herbert Quay propone que el origen del TDAH podría considerarse como la suma de una base conductual y una base biológica. Su modelo utiliza el modelo de Jeffrey Gray sobre la ansiedad para explicar el origen de la desinhibición en el TDAH.

Gray (Véase figura 7) definió dentro de su modelo dos estructuras cerebrales, los BIS (Behavioral Inhibition System) o sistemas de inhibición conductual y los REW (Behavioral Reward System) sistemas de activación conductual de recompensas, para explicar la respuesta emocional.

**Figura 7.**  
Sistemas activación en el modelo de Gray



El REW, está formado por el sistema de recompensas de Olds (Olds y Fobes, 1981). Se encuentra situado en el área septal, haz medial del cerebro anterior y del hipotálamo lateral. El refuerzo positivo y conductas de evitación o escape se encuentran reguladas por sistemas de control conductual de recompensa. Estos sistemas son muy sensibles a señales de refuerzo y de evitación de conductas aversivas, lo que origina que los estímulos que causan las conductas anteriormente mencionadas incrementan una conducta de evitación de dichos estímulos.

Por otra parte encontramos el BIS, que se compone de un conjunto de estructuras del área septal, el hipocampo, el cortex, y el núcleo caudado frontal

orbital. El sistema elude pasivamente situaciones que responden a señales de castigo o de extinción de conductas en las que el sujeto no es recompensado. Estas situaciones son determinantes para la activación del sistema. En base a su modelo Gray entiende la ansiedad como aquello que podemos sentir como resultado de la activación del BIS, mediante la entrada de un estímulo condicionado por una señal de miedo, frustración, dolor o novedad del estímulo.

El modelo de Gray se completa con el sistema *flight-fight*, que explica como ante situaciones de peligro o desagradables según percibe el niño o niña TDAH se despierta en ellos una respuesta evitativa de la situación o de enfrentamiento mediante una conducta agresiva defensiva, dependiendo del desarrollo de las circunstancias y de la experiencia previa del niño y niña. El sistema se activa por tanto ante situaciones amenazantes, novedosas o sorprendentes.

Quay hizo extensivas las teorías del modelo de Gray al TDAH, afirmando que la impulsividad típica del trastorno se debe a un bajo funcionamiento del BIS, provocando una resistencia a la extinción debido a la evitación de la situación de estímulos aversivos típica de estos niños con TDAH. Los niños y niñas TDAH manifiestan también una incapacidad de

inhibición conductual ante estímulos novedosos y ante condicionados aversivos.

En estos programas se incluyen un acontecimiento o situación con un tiempo fijo o con un cierto número de respuestas que deben ser reforzadas. De acuerdo con Gray estos acontecimientos o situaciones sirven como un estímulo aversivo que hace que se active el BIS, produciéndose una extinción o una disminución de la respuesta. Esto hace posible diferenciar a niños con TDAH, comparados con otras patologías o grupos normativos, ya que estos niños muestran un incremento de respuestas en tareas que incluyen un tiempo o una tasa de respuestas determinadas o en programas de reforzamiento fijos.

**Modelo de Schachar, Tannock y Logan (1993)**, basado en el modelo competitivo de Logan.

Como podemos observar el concepto de impulsividad se presenta como la explicación a diversos problemas en la infancia. En los modelos de inhibición conductual la impulsividad juega un papel principal para explicar las condiciones que concurren en una de las más comunes patologías en la infancia como es el TDAH. Normalmente los niños y niñas con TDAH muestran una gran dificultad para regular su conducta de acuerdo a las

necesidades o instrucciones de los adultos, por lo que los adultos pueden considerar estas conductas negativistas o desafiantes.

El modelo de Schachar, Tannock y Logan (1993), el concepto de impulsividad centra su interés en los procesos de control inhibitorio implicados en tareas “Stop and Go”<sup>1</sup>. El control inhibitorio forma parte del sistema de funciones ejecutivas del sistema cognitivo. Las funciones ejecutivas son las encargadas de elegir, construir, ejecutar y mantener estrategias óptimas para la realización de las tareas necesarias para la consecución de los objetivos previstos encargándose, a su vez, de inhibir y controlar estrategias o estímulos inapropiados.

Schachar et al. (1993) adopta el modelo de inhibición de respuesta de Logan y Cowan (1984) expone el paradigma de la señal de Stop<sup>2</sup> (SSP), una prueba de laboratorio en la que se crean distintas situaciones que requieren una rápida ejecución de una determinada tarea. En este paradigma se utiliza una tarea de laboratorio computarizado que intenta ser análoga o representativa de situaciones que se pueden encontrar los niños y niñas en la vida diaria. Situaciones en las que se requieren rapidez y una correcta ejecución de una respuesta o acción, así como en ciertas ocasiones, una interrupción de dicha

---

<sup>1</sup> Las Tareas “Stop and Go” hace referencias a tareas de ejecución continúa del tipo CPT (Continuous Performance Test) de Conners.

<sup>2</sup> Del inglés “Stop Signal Paradigm”



acción. En el SSP los niños y niñas deben realizar una tarea principal con tiempo determinado para forzar su realización. Deben responder rápidamente y de forma acertada cuando ellos crean que es correcto hacerlo. Ocasionalmente y de forma impredecible y, como exponen los autores sobre un 25% de los intentos, los niños y niñas se encuentran ante una señal de stop, que consiste en una señal acústica generada por el ordenador indicando la retención de la respuesta motora ante la tarea que están realizando.

El SSP presenta numerosas ventajas ya que proporciona una clara definición de las condiciones que provocan el acto de control de la respuesta ante la presentación de la señal de stop y los cambios producidos en los resultados desde la señal de Stop hasta el proceso de inhibición de la respuesta. Además permite la investigación directa de la eficiencia interna en el control cognitivo implicado en la acción de stop. Permitiría explicar y medir el tiempo de latencia hasta el momento de la inhibición conductual, pudiendo determinar un tiempo de reacción.

El modelo competitivo de inhibición conductual ofrece la posibilidad de calcular la tasa de inhibición de respuestas en el SSP, la cual depende de la competencia en dos tipos de procesos: el “go” en la tarea principal y el “stopping” del proceso inhibitorio. La ejecución de la tarea principal comienza con la presentación del estímulo “go” que implica los procesos de reconocimiento,

elección de respuesta y preparación y realización de dicha tarea. El proceso de inhibición comienza con la presentación de la señal de stop. El tiempo resultante entre los dos procesos al finalizar la tarea determina el resultado de la competencia. Si los procesos implicados en la ejecución principal de la tarea ganan, la tarea podrá realizarse, mientras que si ganan los procesos de inhibición, la respuesta no debería producirse. El modelo asume que los procesos de “stop y go” son independientes.

Schachar et al. (1993) a partir de este modelo, se centra en la latencia del proceso de inhibición, considerado el tiempo de reacción desde que la señal de stop indica la inhibición conductual hasta la consiguiente extinción de la respuesta. Schachar lo denomina SSRT<sup>3</sup>. Un periodo largo SSRT reflejaría una pérdida de la eficiencia en el control inhibitorio.

Las competencias en “stop y go” pueden estar influidas por la velocidad de los procesos “stop y go”, por la variabilidad de las latencias de la tarea principal, por la variabilidad en el SSRT y por la variación de la velocidad con que los procesos de inhibición puedan activarse en respuesta a la señal de stop.

---

<sup>3</sup> Del inglés Stop Signal Reaction Time.

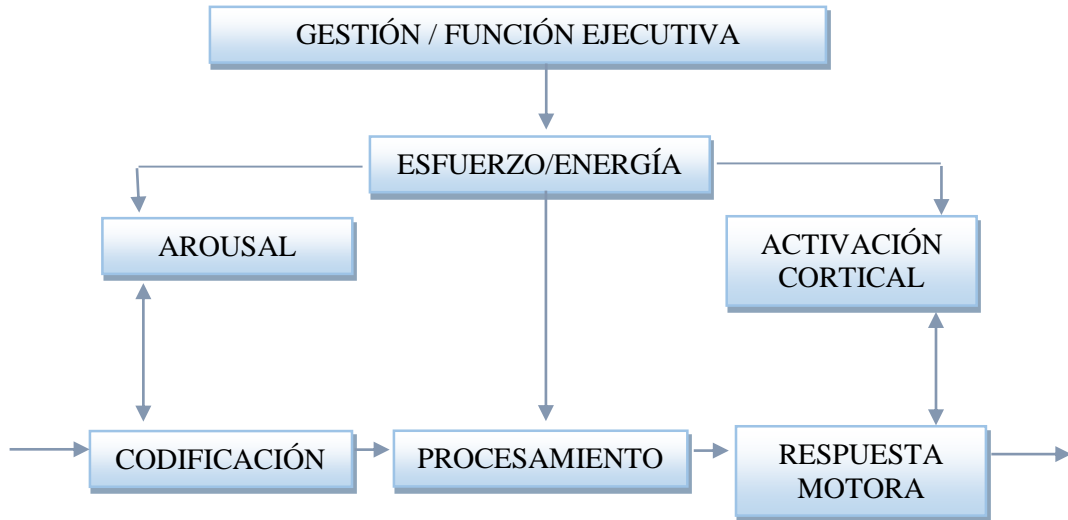
**Modelo de Sergeant.** Modelo cognitivo-energético.

Sergeant (2000, 2005) en su modelo cognitivo-energético, parte de un modelo basado en el procesamiento de la información para explicar la causa central del TDAH. Mientras que otras aproximaciones sugieren que el origen del TDAH es causado por un fallo en el retraso de la respuesta asociada a déficits inhibitorios de la conducta, el modelo cognitivo-energético asume que puede haber aspectos relacionados con la inhibición en niños y niñas TDAH, pero que a esto hay que sumar el estado energético del niño o niña.

El modelo cognitivo-energético (Sergeant, 2000, 2005) basado en procesamiento global de la información se caracteriza por la interacción de mecanismos atencionales, factores relacionados con estados del individuo y la función ejecutiva. Esta interacción en el modelo cognitivo-energético queda reflejado en tres niveles (Figura 8):

**Figura 8.**

Modelo cognitivo-energético de Sergeant (2000)



- Primer nivel del modelo cognitivo-energético, compuesto por los mecanismos atencionales de codificación, búsqueda, decisión y la organización/respuesta motora. Estos mecanismos se asocian a variables en tareas experimentales.
- Segundo nivel compuesto por un grupo de tres procesos energéticos:
  - Un esfuerzo/energía: este esfuerzo es definido como la energía necesaria para hacer frente a las demandas requeridas para la realización de la tarea. Se ve afectado por variables cognitivas y se

requiere cuando el estado de activación del organismo no coincide con el necesario para satisfacer las demandas de la tarea. El esfuerzo engloba factores como la motivación y la respuesta a contingencias.

- Arousal: abarca el funcionamiento de los niveles de alerta y el tiempo de procesamiento de los estímulos, influenciado tanto por la intensidad como por la novedad de dichos estímulos.
- Activación: asociada con el nivel de respuesta fisiológica para responder a la demanda de la tarea, esta respuesta origina cambios en la actividad fisiológica que representan la activación o el nivel de activación. La activación se ve influenciada por variables de la tarea como la preparación, estado de alerta o momento del día. La energía y la activación están bien conectados y tienen un efecto considerable en la respuesta motora.
- Tercer nivel formado por mecanismos de gestión o evaluación, asociados con la planificación, monitorización, la detección de errores y su corrección. Estos mecanismos están relacionados con la inhibición de respuesta que a su vez forma parte de lo que se denomina Funciones Ejecutivas.

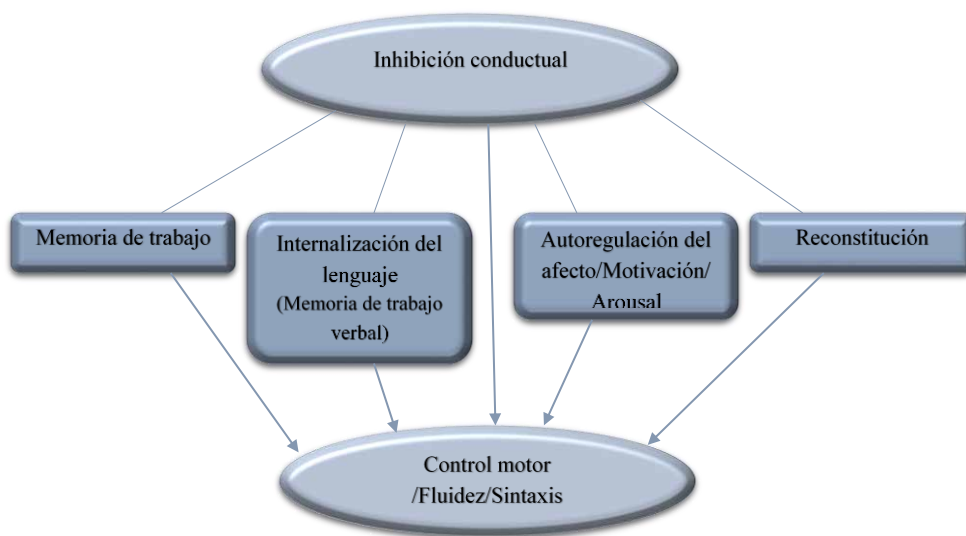
En resumen, Sergeant (2000) en el modelo cognitivo-energético expone que hay una actividad inadecuada del sistema inhibitorio, aunque para el autor es necesario tener en cuenta el estado del individuo, estado que influye en la asignación de la energía adecuada para resolver cualquier tarea propuesta. Un problema en el sistema energético produce una inadecuada activación del sistema energético o mecanismos inhibitorios que regulan la respuesta motora, aspecto crucial para explicar la desinhibición que presentan los niños y niñas con TDAH.

#### **1.1.4. Modelo de Autorregulación de Barkley.**

Barkley (1997) define la autorregulación como cualquier respuesta o cadena de respuestas del individuo que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta que normalmente sigue a un evento, y que además altera a largo plazo la probabilidad de consecuencias asociadas. En la autorregulación es determinante la organización temporal, el factor tiempo, ya que en procedimientos automatizados se produce una demora de ejecución.

En la figura 9 se refleja el modelo híbrido basado en las funciones ejecutivas relacionadas con los procesos de inhibición conductual y los sistemas de control de la respuesta motora.

**Figura 9.**  
Modelo Híbrido de Barkley (1997).



A continuación se exponen cada uno de los elementos que componen el modelo propuesto por el autor:

- La Inhibición conductual formada por: a) la inhibición de las conductas prepotentes; b) la interrupción de las respuestas habituales y reiterativas; y c) control de las interferencias.
- La Memoria de Trabajo no verbal es la encargada de: a) retener hechos en la mente; b) manipular y actuar frente a los acontecimientos y demandas; c) imitar secuencias complejas conductuales; d) la función retrospectiva; e) la función prospectiva; f) anticipación; g) la conciencia de sí mismo; h) la conducta no verbal gobernada por reglas; y i) La organización temporal de la conducta.

- La internalización del lenguaje o memoria de trabajo verbal gestiona aspectos relacionados con: a) la descripción y la reflexión; b) el autoconocimiento y la solución de problemas; d) la conducta gobernada por reglas; e) la generación de normas y el metaconocimiento de normas; f) la comprensión lectora; y g) el razonamiento moral.
- La Autorregulación del afecto/Motivación/Arousal que regula cuestiones tales como: a) la autorregulación del afecto; b) la objetividad y la perspectiva social; c) la autorregulación de la motivación; y d) la autorregulación del arousal dirigiendo la conducta hacia el objetivo.
- La reconstitución, encargada de: a) el análisis y la síntesis de la conducta; b) la fluidez verbal y la fluidez conductual; c) el rol de la creatividad; d) la diversidad de conductas creativas dirigidas hacia la consecución de un objetivo; e) el desarrollo de conductas alternativas; y f) la sintetización y análisis del comportamiento.
- El Control motor/Fluidez/Sintaxis que gestiona y regula aspectos como: a) la inhibición de respuestas irrelevantes para la tarea; b) la ejecución de respuestas dirigidas a un objetivo; c) la ejecución de secuencias motoras; e) la persistencia hacia la consecución de un objetivo; f) la sensibilidad hacia la retroalimentación, g) la flexibilidad conductual; h) el reenganche en la tarea después de que se produzca



una interrupción de la misma; i) el autocontrol, reflejado en el control de la conducta a partir de la presentación interna de la información.

En una revisión realizada por Servera-Barceló (2005) del modelo de autorregulación expone como puntos fuertes del modelo: a) la capacidad de relacionar importantes líneas de investigación en el comportamiento humano como los principios del aprendizaje, la neuropsicología o la neurofisiología; b) ofrece una forma de acceder a la integración de las expresiones clínicas del trastorno, ya sean inatencionales, hiperactivas o impulsivas; c) la conceptualización del TDAH se realiza en función de los procesos de autorregulación, inhibición conductual y funciones ejecutivas. Desarrollado a partir de procesos cognitivos, comportamentales y psicofisiológicos, con un amplio refuerzo empírico; d) es un modelo claramente científico que propone hipótesis sujetas al principio de falsabilidad; y e) ofrece propuestas de cómo debe evaluarse, diagnosticarse y tratarse el TDAH como un trastorno de la autorregulación.

Mientras que sus puntos débiles son: a) el uso de autorregulación como sinónimo de autocontrol; b) la dificultad para superponer el modelo teórico con aspectos clínicos propuestos por los manuales psiquiátricos; c) dificultades debido a la heterogeneidad de sus componentes para ser desarrollado en el campo de la psicología evolutiva; y d) la dificultad que plantea en la evaluación de todas las funciones neurocognitivas implicadas en modelo.

En conclusión los déficits que los niños y niñas TDAH presentan vendrían originados por una dificultad en la autorregulación, según el modelo de Barkley (1997). Esto supone que la desinhibición conductual implica tanto funcionamiento deficitario en la memoria de trabajo no verbal, como un retraso en la internalización del habla mientras que en la mayoría de los casos se observa un habla externalizada. Supone igualmente una incapacidad de manejar de manera efectiva el afecto, la motivación o el nivel de activación, así como una capacidad de reconstitución dañada. Todo esto tiene consecuencias en la reducción del control motor, la fluencia, la capacidad de generar conductas nuevas y creativas cuando la situación lo precisa, y de la síntesis, expresada como la capacidad de reconstruir y representar la información recibida del entorno de manera interna.

A continuación se va a desarrollar un comentario sobre el papel de los modelos en el desarrollo de la evaluación e intervención en el TDAH. Este trastorno ha recibido una fuerte investigación produciéndose rápidos avances sobre todo en la naturaleza, evaluación y tratamiento, mientras que en el desarrollo de los modelos el avance ha sido menor debido a la complejidad de todos los factores que intervienen en este trastorno. Los primeros modelos entendían el TDAH como déficit en procesamiento de información enfatizando el déficit en procesos atencionales sin hacer referencia a los mecanismos

inhibitorios y de autorregulación. Posteriormente comenzaron a desarrollarse modelos que asociaban el déficit cognitivo a procesos de inhibición aportando también la importancia de aspectos motivacionales y energéticos. Actualmente los enfoques han derivado a modelos neuropsicológicos asociados a la disfunción ejecutiva siendo el modelo de Berkeley precursor, con su modelo de autorregulación de esos modelos neuropsicológicos. No obstante aunque ha existido un consenso para diagnosticar en función de los déficits cognitivos y conductuales (Barkley, 1997; Douglas, 2005; Quay, 1997; Schachar, Tannock y Logan, 1993; Sergeant, 2000) todos estos modelos presentan algunas limitaciones.

La disfunción ejecutiva ha sido una propuesta clave en los modelos actuales del TDAH. En la presente tesis se ha tomado la decisión de quedarse en la revisión de modelos en Barkley (1997) porque en primer lugar, ha propuesto la base para nuevos enfoques que tienen como base dicha disfunción. Entre estos nuevos modelos neuropsicológicos se citan dos de ellos que están siendo relevantes hoy: el modelo uni/multi-déficit de Brown (2003) y el modelo de aversión a la demora de Sonuga-Barke (2005). Y en segundo lugar porque Barkley es el único que ha propuesto un protocolo de actuación en cuanto a la evaluación y la intervención o tratamiento derivados de su modelo y que además son utilizados hoy como pruebas clave para la detección del TDAH. Sirviendo de referencia para el desarrollo tanto de programas de

tratamiento para padres (Anastopoulos, Hennis y Farley, 2006; Barkley, 2001; Brown, 2003) como para profesores (Durlak, 1995; Pfiffner, Barkley y DuPaul, 2006; Teeter, 1998).

## 1.2. Evolución del TDAH a lo largo del desarrollo

Para la tener una visión más amplia del desarrollo de la problemática del TDAH, se va a asociar con las distintas etapas de escolarización.

La Etapa de Educación Infantil. Esta etapa corresponde a niños que se encuentran en una etapa del desarrollo comprendida entre los 3 y los 5 años. En cuanto a la observación del TDAH es una etapa de confusión debido a la impaciencia, inatención y exceso de actividad que presentan los niños a esas edades. Por lo que tenemos realizar una observación exhaustiva de los comportamientos para poder determinar si se trata de un comportamiento atribuible a la edad de desarrollo o por el contrario puede ser atribuibles a conductas de riesgo relacionadas con el TDAH

Se ha de tener en cuenta el grado de inmadurez de algunos procesos psicológicos de alto nivel como son la memoria de trabajo, la inhibición conductual, o los procesos atencionales. Por lo que pueden presentar episodios de inatención, problemas para inhibir conductas, una menor resistencia a la

frustración, problemas de relación con los iguales, problemas de conducta oposicionista o agresiva, etc. Un factor de riesgo que estaría relacionado con esta etapa y que es de vital importancia, es el temperamento. Lo que puede convertir al niño en un niño de difícil manejo.

En esta etapa escolar detectarse una mayor preocupación por parte de los maestros por la conducta oposicionista que mantienen los niños, su dificultad de participar en las actividades planteadas y sus problemas de relación con los iguales. Muestran una mayor preocupación por el aspecto conductual más que por el instruccional. En la familia se observa una mayor preocupación por aspectos funcionales en los hábitos diarios, comida, sueño e higiene. En la parte conductual los padres manifiestan la dificultad del manejo conductual, exigiendo un gran esfuerzo en cada una de las situaciones que se les presenta, llegando incluso al cuestionamiento de su propio rol parental.

En Educación Primaria y sobre todo en el primer ciclo, es donde se producen los cambios más importantes en cuanto los efectos del TDAH, aspecto que se refleja en su calidad de vida (Leidy y Geneste, 1999). Lejos de minimizarse el impacto de trastorno se produce una maximización de los efectos, ya que a los problemas conductuales de la Etapa de Educación Infantil se le suman otros aspectos que afectan al propio niño, las demandas de los procesos de enseñanza y aprendizaje, y la complejidad creciente de las

relaciones con iguales. En el niño se empiezan a manifestar problemas en la autoestima, sobre todo en lo referente a su capacidad de cumplir las demandas escolares, rehúsa enfrentarse a tareas de cierta dificultad, no resisten bien a la frustración, produciéndose una dejadez de las mismas. Es en este periodo donde empiezan las interferencias entre el contexto escolar y familiar, profesores que realizan atribuciones incorrectas sobre las familias, y familias que se ven desbordadas con la presencia del TDAH. Un aspecto a destacar y que puede influir en el propio niño, es que los niños TDAH sobreestiman sus autopercepciones en cuanto a sus capacidades reales no correspondiendo con su funcionamiento real, este aspecto puede influir como factor de protección frente a su realidad de fracaso escolar (Hoza, Pelham, Dobbs, Owens y Pillow, 2001; Danckaerts, Sonuga-Barke, Banaschewski, Buitelaar, Döpfner, Hollis, Santosh, Rothenberger, Sergeant, Steinhausen, Taylor, Zuddas y Coghill, 2010). Otro factor que influye en esta etapa de desarrollo es la relación con los iguales, esta relación se ve deteriorada, ya que son niños que empiezan a sentirse aislados o rechazados, ven como los compañeros no cuentan con ellos para los juegos, actividades de clase o incluso en el ámbito social, no son invitados a cumpleaños, fiestas o para ir al cine.

En el ámbito familiar los padres se ven doblemente desbordados por la incapacidad de hacer frente a las exigencias del contexto escolar, tareas, exámenes, etc. y en el aumento de los problemas de manejo que les presentan

sus hijos. No saben que hacer, se encuentran desorientados, aumentando el nivel de conflictos parentales.

Aunque se escape al ámbito de la etapa de desarrollo de este estudio, mencionar que la etapa de la Educación Secundaria Obligatoria, además de los problemas de rendimiento escolar, familiares y con los iguales se produce un aumento de problemas relacionados con la conducta antisocial, aumento de la probabilidad del consumo de sustancias, enfrentamiento con los adultos, etc. (Miranda, Amado y Jarque, 2001). Aunque sin duda lo que cabe destacar es el abandono del sistema educativo y la situación de desamparo que se produce.

Debido a la gran importancia de los efectos que produce el TDAH a lo largo del ciclo vital, es de suma importancia la detección precoz de niños en población escolar que presenten sintomatología correspondiente a este trastorno externalizante, para poder realizar una prevención eficaz además de con el propio niño, dirigida a los contextos escolar y familiar.

### **1.3. Evaluación y diagnóstico del TDAH**

La evaluación y diagnóstico del TDAH es compleja, ya que hay que atender al carácter evolutivo del trastorno, a su desarrollo e impacto en los distintos contextos en los que interactúan los niños y niñas con TDAH. Como expone Servera (2005) el TDAH no debe convertirse en un mero listado de

síntomas con poco apoyo factorial. Hay que aportar aspectos evolutivos y dimensionales (Rubio-Stipec, et. al, 2002), que permitan un mejor abordaje de la problemática permitiendo un acercamiento a una evaluación funcional del mismo. Una idea que ha ido desarrollándose desde el principio de la presente tesis doctoral.

En mi experiencia en el diagnóstico y tratamiento de niños y niñas con TDAH he realizado las siguientes observaciones (Cortes, 2006):

- El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos con una prevalencia alta en la población infantil, siendo un reto para los profesionales su evaluación y diagnóstico. El TDAH no pasa desapercibido en los distintos contextos en los que se desarrollan los niños que lo padecen, sobre todo por las conductas externalizadas que manifiestan, siendo éstas el detonante de la sospecha de que algo sucede.
- En la mayoría de los casos los padres comentan en primer lugar aspectos positivos de sus hijos, aunque inmediatamente pasan al polo opuesto exponiendo sus dudas “No sé qué le pasa a mi hijo, en casa no hace lo que le digo, está siempre en su mundo, es como si le hablara a la pared, no para ni un momento... Y para colmo en el colegio cada vez



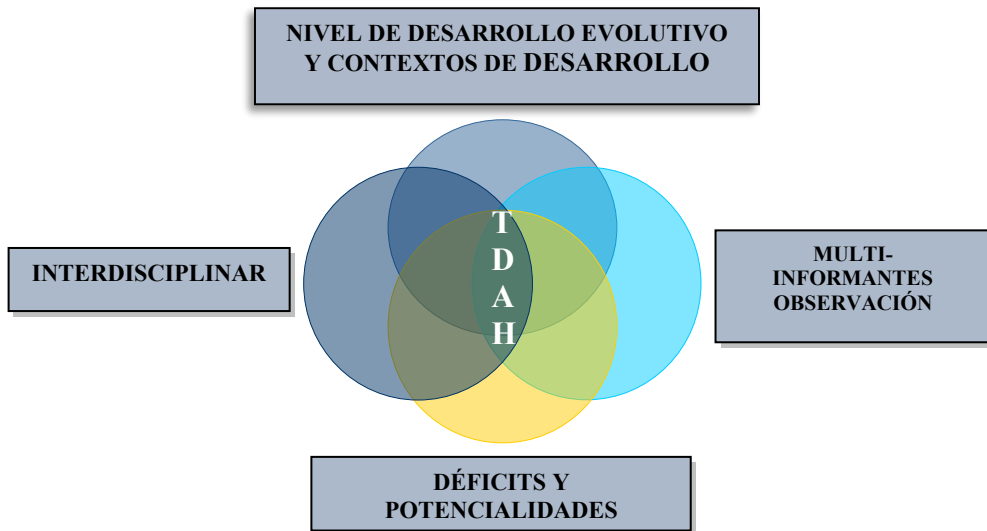
que voy a recogerlo me viene el profesorado con quejas”. “¿Puede usted ayudarme y decirme qué le ocurre a mi hijo? ¡Ya no puedo más!”

- Un buen punto de partida para la evaluación, sería esa desesperación real de los padres en la que quedan reflejados el grado de ansiedad y estrés que produce un TDAH en una familia, además del deterioro en la capacidad y competencia de los padres para hacer frente a las necesidades y retos que les plantea su hijo/a diariamente.
- La evaluación y diagnóstico deben contribuir a la explicación y comprensión del trastorno con el objetivo de que las familias comprendan claramente la problemática del hijo/a y puedan actuar de acuerdo para paliar en parte los efectos negativos en la familia y para disminuir los riesgos en los hijos e hijas. La finalidad es planificar la intervención efectiva para cada niño o adolescente y su familia.

La evaluación de este trastorno es compleja, sobre todo a edades tempranas, y no existe ningún método ni prueba definitiva que determine con seguridad el diagnóstico del TDAH al cien por cien. Como se ha expuesto anteriormente la evaluación tiene que intentar determinar el nivel funcional del niño o niña atendiendo a un conjunto de dimensiones (Figura 10)

**Figura 10.**

Elementos a tener en cuenta en la evaluación del TDAH (Cortés, 2006)



Basándonos en la publicación de referencia (Cortés, 2006) se describen a continuación los cuatro elementos que nos sirven de referencia para realizar un abordaje inicial del proceso evaluativo del TDAH: a) El primer elemento englobaría tanto el conocimiento y una valoración del desarrollo evolutivo como el conocimiento de los contextos de desarrollo. El aspecto evolutivo es de suma importancia ya que se trata de un trastorno neurobiológico que Barkley (1990) define como un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de falta de atención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. También hay que atender a su cronicidad, ya que el TDAH va a acompañar al niño durante todo el ciclo vital. En cuanto a la

información aportada de distintos contextos de desarrollo ayuda a determinar tanto el grado de ajuste que tiene el niño o la niña como el nivel de autonomía; b) Multi-informantes, la información aportada tanto por los padres/cuidadores como por los maestros es muy relevante ya que nos pueden aportar datos sobre las conductas observables de los niños y niñas. Es en el contexto familiar y escolar donde empiezan a observarse conductas de riesgo de la presencia del TDAH; c) Interdisciplinar y multiprofesional, donde se puedan aportar valoraciones desde las disciplinas de la psicología, neurología, trabajo social, etc. con el objetivo de realizar una valoración más amplia del trastorno; y d) Valorar tanto los déficits como las potencialidades que pueda presentar el niño o la niña con un posible TDAH.

En cuanto a los criterios diagnósticos, se utilizan dos clasificaciones diagnósticas, la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), y la propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría, el DSM IV-TR (APA, 2000) que es normalmente la más utilizada tanto en la práctica diaria como en la investigación. Con posterioridad a la fase de aplicación de pruebas del presente estudio se ha publicado el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).

En el DSM IV-TR el TDAH se encuentra recogido dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia en el apartado

“Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador”. Esta categoría recoge el Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad con sus cuatro subtipos y los Trastornos por Comportamiento Perturbador que engloba el Trastorno Disocial, el Trastorno Negativista Desafiante, así como el Trastorno por Comportamiento Perturbador no Especificado.

Para el diagnóstico del TDAH, el DSM IV-TR define dos grupos de síntomas: los síntomas que corresponden a la falta de atención y los síntomas que hacen referencia a la hiperactividad-impulsividad (Véase Cuadro 2). Cada uno de los grupos está compuesto por nueve criterios que deben ser evaluados para determinar el diagnóstico. De estos 9 se deben cumplir seis o más de los criterios de ambos grupos, que hayan persistido durante seis meses, con intensidad desadaptativa y que no correspondan al nivel de desarrollo. Se requiere además, que su aparición se haya producido a una edad temprana, puedan observarse las conductas problemáticas en dos o más ambientes, supongan un deterioro significativo de funcionamiento social, escolar o laboral, y no puedan deberse a la existencia de otro trastorno.

**Cuadro 2.****Criterios diagnósticos de TDAH del DSM IV-TR****A) (1) o (2):**

**1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de *falta de atención*** han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo.

**Falta de atención**

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista ni a incapacidad de comprender instrucciones)
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es reticente a realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

**2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de *Hiperactividad-Impulsividad*** han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo.

**Hiperactividad**

- a) A menudo mueve continuamente las manos o los pies o se retuerce en su asiento.

- b) A menudo se levanta del asiento en el aula o en otras situaciones en las cuales se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corretea o trepa excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- d) A menudo tiene dificultad para jugar o participar calmadamente en actividades en su tiempo libre.
- e) A menudo está “en marcha” o a menudo actúa como si estuviese “empujado por un motor”
- f) A menudo habla excesivamente.

### **Impulsividad**

- a) A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas.
- b) A menudo tiene dificultades para esperar su turno.
- c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.
- B)** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o falta de atención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C)** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas están presentes en dos o más ambientes (p.e. en casa, la escuela)
- D)** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.
- E)** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificaciones diagnósticas:

**Tipo Combinado:** si se satisfacen los criterios A1 y A2.

**Tipo con predominio de Déficit de Atención:** sólo satisface criterios A1

**Tipo con predominio Hiperactivo-Impulsivo:** sólo se satisface criterios A2

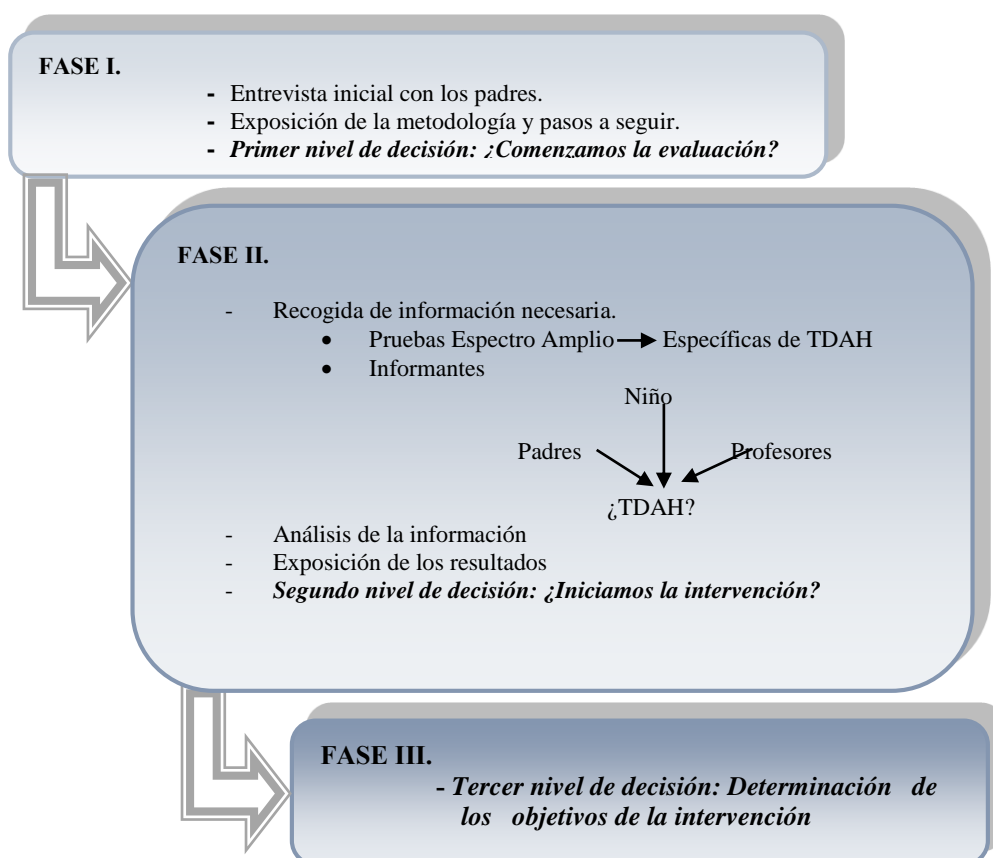
**Tipo no especificado.**

Una vez determinados todos los síntomas es posible realizar uno de los siguientes diagnósticos: TDAH con predominio de déficit de atención, cuando únicamente satisface los criterios correspondientes a la falta de atención; tipo con predominio hiperactivo-impulsivo, cuando sólo satisface los criterios referidos a la hiperactividad y la impulsividad; tipo combinado cuando satisface los criterios por falta de atención y los de hiperactividad-impulsividad. Cuando no se cumplen los criterios por algún motivo, se diagnostica un trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

En relación al protocolo de evaluación, es difícil determinar una serie de pasos exactos a la hora de evaluar un TDAH, pero se realiza en la presente tesis una propuesta de acercamiento a dicho protocolo. Para ello se ha de tener en cuenta que la evaluación está marcada por un proceso continuo de toma de decisiones que van a determinar los pasos a seguir en las futuras intervenciones a realizar (Véase Figura 10). Una evaluación no se limita a una mera cumplimentación de los criterios DSM IV-TR para el trastorno, cuestión que Pelham, Fabiano y Masetti, (2005) argumentan determinando que estos síntomas o criterios no predicen los resultados ni una evaluación a largo plazo, no siendo referentes o base para un tratamiento. El éxito, por tanto, de los criterios DSM IV-TR radica en que permite un acercamiento rápido al

trastorno o al riesgo de padecerlo. Por lo tanto, el principal objetivo consistirá en recoger la mayor información del niño procedente de los informantes que se encargan de su cuidado y educación, para poder determinar qué limitaciones presenta en su funcionamiento y diseñar el tratamiento con intervención familiar y escolar.

**Figura 11.**  
Fases del proceso evaluativo (Cortés, 2006)





Cada una de las fases de la evaluación se completará con los instrumentos necesarios para ayudar a determinar la existencia de un TDAH. Es ahora cuando se han de plantear qué instrumentos podemos utilizar, si son más eficaces unos que otros, etc. Se deben utilizar aquellos cuestionarios y tests estandarizados que se ajusten mejor a las características del niño que se va a evaluar y que presenten la mayor validez empírica y fiabilidad posibles. Además, tienen que permitir economizar el tiempo de evaluación y evitar la saturación de los informantes. El proceso lógico, por tanto, es emplear primero pruebas de espectro amplio para concluir con pruebas específicas para el TDAH.

A continuación se desarrollan las fases del protocolo de actuación, acompañadas de una propuesta de los distintos instrumentos de evaluación a utilizar.

En la *primera fase* se parte de una entrevista inicial en la que se produce un primer contacto con la familia, a ser posible sólo con los padres, ya que se encuentran marcados por un alto nivel de estrés y una gran necesidad de explicar el máximo de información posible, olvidándose en algunos casos de la presencia del niño, pudiendo ser contraproducentes algunos de los comentarios de los mismos. Una vez que ha expuesto el problema, se les explica cuáles van a ser los pasos a seguir. En este momento los padres entran

en el proceso de toma de decisiones considerando o no oportuno el comienzo de la evaluación de su hijo o hija. Este es el punto de partida de la evaluación.

En una *segunda fase* se recoge la información de todas las partes implicadas, necesaria para valorar la existencia o no del TDAH: niño, padres y profesores; con esto se conoce el funcionamiento del niño en los distintos contextos de desarrollo, para ello se utilizan tanto instrumentos de espectro amplio como pruebas específicas tales como cuestionarios, test estandarizados, entrevistas estructuradas o semiestructuradas y la observación directa.

El objetivo de la entrevista con los padres es que estos nos aporten información sobre tanto de aspectos evolutivos como del propio funcionamiento paterno-familiar. El modelo de entrevista puede ser estructurada o semiestructurada, en la que se llevará a cabo un recorrido del desarrollo evolutivo del niño hasta el momento actual que va a permitir determinar posibles situaciones o conductas de riesgo que puedan ayudar a concluir la presencia o no del TDAH.

Es importante completar la entrevista con información correspondiente al historial médico del niño y de la familia, ya que son niños con predisposición a padecer problemas de salud, sobre todo si en la familia hay antecedentes del trastorno. El historial médico ayuda a detectar o descartar la presencia o no de

una patología en alguno de los padres, aspecto fundamental para determinar posteriores intervenciones. Numerosos estudios ponen de manifiesto la correlación existente entre TDAH y la presencia de depresión o ansiedad en alguno de los miembros de la unidad familiar. En un meta-análisis realizado por Theule, Wiener, Tannock y Jenkins (2012) sobre el estrés sufrido por las familias con TDAH, las autoras sugieren que la presencia de psicopatología en los padres, se convierte en un factor de riesgo de aumentar dicho estrés familiar.

Otro aspecto a tener en cuenta es el estilo paterno ya que colaborará en potenciar o paliar los efectos del TDAH en la familia. Se determinará el grado de estrés familiar y el estado de competencia o restricción del papel que sufren los padres con respecto a la crianza de sus hijos con TDAH. La recogida de la información de los padres se completará con la entrega de un cuestionario de espectro amplio, un cuestionario específico de TDAH, un cuestionario de estrés familiar, un inventario de prácticas de crianza y un cuestionario de situación en el hogar. En la última parte de la entrevista se debe realizar una revisión de los criterios diagnósticos del TDAH, así como de la presencia de otras posibles patologías comórbidas. Es importante realizar un diagnóstico diferencial debido a que en la mayoría de los casos no se encuentra un TDAH puro como tal, normalmente suelen aparecer otros trastornos comórbidos.

Los instrumentos propuestos para recoger información de los padres son los siguientes:

- *Entrevista Estructurada BASC* (Reynolds, C. y Kamphaus, R., 2004).

Esta entrevista permite recoger una gran cantidad de información que va a ayudar en la posterior evaluación y diagnóstico. Parte de un primer historial familiar, una recogida de funcionamiento a nivel adaptativo de la familia, teniendo en cuenta aspectos de conducta y temperamento del niño, acompañado de un historial médico tanto del niño como de los padres y de una exploración del desarrollo evolutivo del niño.

- *CBCL 1½ a 5 / CBCL 6 a 18. Achembach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* (Achembach y Rescola, 2000; 2001). Descrita en otro capítulo del presente estudio.

- *Escalas de Conners Revisada para Padres* (Conners, 2003). Las escalas Conners para padres se presentan en dos formatos, una versión corta y una larga. Es recomendable uso de la versión larga que está compuesta por 80 items, con unas respuestas distribuidas entre los siguientes valores: 0 (no es cierto), 1 (a veces es cierto), 2 (muchas veces es cierto), 3 (siempre es cierto). Los resultados obtenidos se pueden clasificar por género, ya que indican un perfil masculino y uno femenino; una vez determinado, las puntuaciones se distribuyen en un

rango de edad que va de los 3 a los 17 años. Los índices que se obtienen de esta prueba son: a) Oposicionista: indica el grado de desafío a las normas establecidas y la consiguiente tendencia a su ruptura; b) Problemas cognitivos y de distracción: problemas a la hora de terminar tareas, lentitud en los aprendizajes, problemas de concentración; c) Hiperactividad-Impulsividad: manifiesta la capacidad para estar tranquilo o realizar una tarea durante un periodo de tiempo prolongado; d) Ansiedad y timidez: indica el grado de las preocupaciones que tiene el niño así como el de sus miedos; e) Grado de perfeccionismo del niño: si se marca metas muy altas y unos límites poco realistas; f) Problemas sociales: reflejados en una pobre autoestima y falta de confianza en sí mismos; g) Problemas somáticos: se determina si se queja o no de molestias o dolores con una frecuencia mayor de lo normal; h) Índice Conners de TDAH: este índice ayuda a identificar a los niños con riesgo de ser diagnosticados con un TDAH; i) Inquietud-Impulsividad: indica el grado de inquietud, impulsividad y distraibilidad; j) Inestabilidad emocional: determina el grado de ajuste emocional de los niños, si tienen tendencia al enfado o a dar respuestas con cargas emocionales altas. Otra ventaja que presenta esta escala es que indica puntuaciones susceptibles para el diagnóstico DSM-IV,

correlacionando con los tres posibles subtipos: desatento, hiperactivo-impulsivo o tipo combinado.

- *Parent Stress Index, 3<sup>rd</sup> Ed. (PSI)* (Abidin, 1995). Se encuentra descrita en capítulo sobre los instrumentos del presente estudio.
- *Inventario de Prácticas de Crianza (IPC)* (Bauermeister, Salas y Matos, 1996). Se encuentra descrita en capítulo sobre los instrumentos del presente estudio.
- *Cuestionario de Situaciones del Hogar (CHS)* (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1998) Determina los comportamientos del niño en las distintas situaciones cotidianas que se producen en el hogar y la severidad de las mismas. La escala está compuesta por 16 ítems, cada ítem se plantea una respuesta de elección entre SI/NO, además hay que indicar la intensidad del problema, de leve a severo en una escala del 1 a 9.

Otra información importante para la evaluación es la que aportan los profesores. Para ello se seguirán casi los mismos pasos que con los padres acerca de cómo realizar una entrevista en la que recoger datos sobre su conducta en el colegio, su relación con los iguales, su rendimiento académico, etc. Normalmente se encuentra una correlación entre su funcionamiento conductual en el entorno familiar y en el escolar. Debido a sus conductas externalizantes son niños que presentan unas pobres relaciones con sus iguales,

aunque en algunos casos este hecho no se produce porque no sepan interpretar las situaciones sociales, sino por una falta de habilidad a la hora de interrelacionar con los iguales (Cortés y Trianes, 2005). Todo esto origina una situación de aislamiento y de rechazo que va a acompañar al niño durante prácticamente toda su vida escolar.

Otro aspecto importante es el rendimiento escolar; suelen presentar serios problemas de aprendizaje en cuanto a la lectura, la escritura y los aprendizajes matemáticos. Pueden presentar entre un treinta y cuarenta por ciento de retraso con respecto al nivel de sus compañeros.

Una vez finalizada la entrevista se propone a los profesores un cuestionario de espectro amplio y otro específico de TDAH. Con esta información se comparan y contrastan las manifestaciones del TDAH tanto en el contexto escolar como en el familiar.

Los instrumentos propuestos para recoger información de los profesores son los siguientes.

- *C-TRF / TRF. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*. (Achenbach y Rescola, 2000; 2001). Se encuentra descrita en otro capítulo del presente estudio.

- *Escalas de Conners Revisada para Profesores*. (Conners, 2003). Al igual que las escalas Conners para padres, las de profesores también presentan una versión larga y corta, nuevamente se recomienda el uso de la versión larga. Las respuestas se distribuyen de igual manera: 0 (no es cierto), 1 (a veces es cierto), 2 (muchas veces es cierto), 3 (siempre es cierto). Los resultados obtenidos se clasifican por género ya que indican un perfil masculino y uno femenino, una vez determinado las puntuaciones se distribuyen en un rango de edad que va de los 3 a los 17 años. Los índices que se obtienen son similares a los que se obtienen en la versión para padres.
- *Cuestionario de Situaciones Escolares (CSS)* (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1998). Determina los comportamientos del niño en las distintas situaciones cotidianas que se producen en el entorno escolar y la severidad de las mismas. La escala está compuesta por 12 ítems, al igual que en la CHS en cada ítem se plantea una respuesta de elección entre SI/NO, además hay que indicar la intensidad del problema, de leve a severo en una escala del 1 a 9.

Finalmente se podrían establecer dos objetivos al recoger la información procedente del niño. En primer lugar que el niño se acomode a la situación y al examinador, para que pueda ofrecer unas respuestas fiables y en



segundo lugar establecer no sólo sus déficits, sino también sus potencialidades.

Se analizará además su funcionamiento adaptativo, su temperamento y otros aspectos de su personalidad, su desarrollo cognitivo, la atención, memoria, lenguaje, las funciones ejecutivas y su rendimiento académico.

Entre los instrumentos propuestos se seleccionarán aquellos que mejor se adapten al niño y a nuestros objetivos de la evaluación.

- *Entrevista semiestructurada.*

Esta entrevista permite conocer al niño, cuál es su percepción del problema, cómo se encuentra su autoestima, motivación, cuáles son sus expectativas y las cuestiones que le son más o menos agradables; y sobre todo cuál es su impresión de las reacciones que observa en los distintos contextos en los que se desenvuelve, compañeros, amigos y sus padres.

- *Test psicométricos. Funcionamiento cognitivo*
  - *WISC-R.* (Wechsler, 2001) Es un test de inteligencia general muy interesante para determinar el cociente intelectual, aunque la mayor finalidad para el presente uso va a ser la de estimar el funcionamiento de las distintas funciones cognitivas para poder establecer el grado de deterioro de las mismas. El WISC-R está compuesto por 12 subtest agrupados en 6 pruebas verbales y 6 pruebas de carácter manipulativo,

aunque sólo utilizaremos 10 de ellas para calcular el CI. Además de la posibilidad de obtener puntuaciones individuales de los distintos subtest, el WISC-R ofrece otra alternativa que puede ser muy útil en la evaluación, ésta son los índices de Bannatyne (1974) que están formados por un índice verbal, compuesto por los subtest de comprensión, vocabulario y semejanzas; el índice espacial, formado por los subtest de figuras incompletas, cubos y rompecabezas; y por último uno de los índices a considerar más interesante, el de atención que está integrado por los subtest de aritmética, dígitos y claves. En la actualidad se utiliza una nueva versión de esta prueba el WISC-IV (Wechsler, 2005), que ha supuesto un avance con respecto a la versión anterior en cuanto a que permite evaluar no solo razonamiento verbal o perceptivo, sino que aporta una información valiosa para la detección de niños susceptibles de padecer sintomatología TDAH, ya que permite evaluar Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento. En el caso de la Memoria de Trabajo corresponde a una medida relacionada con procesos psicológicos de alto nivel que influye directamente en los aprendizajes académicos, además está relacionada con las funciones ejecutivas.

- *Test psicométricos. Tests de atención*
- *ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN DEL WISC-R* (Wechsler, 2001) El índice de concentración o atención está formado por los subtests de Aritmética, que ayuda a valorar la atención dividida, que es la capacidad que tiene el niño para atender a dos fuentes de información diferentes; el subtest de los Dígitos, determina la atención selectiva, es decir la capacidad de prestar atención a un estímulo concreto y evitar interferencias de otros a lo largo del tiempo; y por último el subtest de las Claves, que permite valorar la atención sostenida, es decir la capacidad de concentración que muestra un niño desde que empieza una actividad hasta que la finaliza.
- *Test de CARAS* (Thurstone y Yela, 1988). El rango de la edad de aplicación de esta prueba va desde los 7 años de edad hasta la edad adulta. Consta de 60 elementos gráficos en grupos de tres figuras que representan caras con rasgos muy básicos. El niño debe señalar la cara que es diferente a las otras dos, exigiendo una rápida percepción y una utilización de la atención sostenida.
- *Test de Rendimiento Continuo* (Conners, 1995). Se presenta en un formato informático, el funcionamiento del programa es el siguiente, se presenta una letra determinada en una secuencia aleatoria

acompañada de otras seis distractoras, el niño debe responder a las letras aleatorias y eliminar la letra en un inicio predeterminada. Además el ritmo de presentación va variando a lo largo de la presentación. Al final de la aplicación se obtienen las siguientes puntuaciones: errores de omisión, errores de falsos positivos, tiempo de reacción, y en último lugar la variabilidad de las respuestas durante la ejecución de la prueba.

- *Test de Variables de Atención* (Test of Variables of Attention [TOVA]; Greenberg y Waldman., 1993). Al igual que el CCPT también se presenta en un formato informático, el programa expone un estímulo previsto, con dos posibilidades de presentación: frecuente e infrecuente. Los niños deben responder tanto a estímulos previstos como aleatorios. Se valoran los errores de omisión, los falsos positivos, el tiempo de las respuestas correctas, así como los errores de anticipación. Se obtienen por tanto dos patrones finales, por un lado el déficit de atención y por otro lado un patrón de la impulsividad.
- *Test psicométricos. Memoria*
- *TOMAL. Test de Memoria y Aprendizaje.* (Reynolds y Bigler, 2006) Es una batería, específicamente elaborada para evaluar la memoria, compuesta por 14 subtests que conforman 2 escalas, una escala verbal

y otra escala no verbal. Las puntuaciones obtenidas se agrupan tanto en índices generales como específicos de la memoria.

- *Test psicométricos. Otras pruebas neuropsicológicas*
- *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST)* (Heaton, Chelune, Talley y cols., 2001). Es un test que discrimina especialmente el deterioro del funcionamiento del lóbulo frontal. Está compuesto por cuatro tarjetas modelo en las que varían las figuras, el color y el número de las mismas, y otras 128 tarjetas estímulo; el niño debe ir cogiendo una a una las tarjetas estímulo e intentar emparejarlas con una de las tarjetas modelo. Las categorías de clasificación son el color, la forma y el número, para cambiar de categoría debe conseguir 10 ensayos correctos en cada categoría, una vez que el niño ha completado con éxito las tres categorías se empieza nuevamente por la primera hasta que completar las fichas estímulo. De las puntuaciones de la prueba obtenemos los siguientes índices: número de categorías conseguidas, el número de errores, errores perseverativos, respuestas perseverativas, la capacidad de aprender a aprender y la pérdida de la norma a la hora de las respuestas. Ha de aplicarse con precaución a niños TDAH debido al alto grado de frustración que pueden presentar en ciertos momentos de la prueba.

- *Test de Emparejamiento de Figuras Conocidas (MMF-20)* (Cairns y Cammock, 2002). Esta prueba permite valorar el estilo cognitivo, evaluando la reflexividad/ impulsividad que manifiesta el niño. Para ello se le presentan un total de 2 ítems de ensayo y 20 ítems de evaluación, cada ítem consta de seis dibujos y un modelo propuesto, el niño debe encontrar entre seis dibujos el que es igual al modelo lo más rápidamente posible, contando con seis oportunidades para encontrarlo.
- *STROOP. Test de Colores y Palabras* (Golden, 1978). El Stroop consta de tres láminas con 100 elementos cada una, en la primera lámina el niño debe leer el nombre de colores que se le presentan en tinta negra, en la segunda lámina debe decir el color de las aspas que se le presenta, y por último el niño debe leer los nombres de los colores en lugar del color de la tinta, es en esta situación donde el niño presenta más interferencia. La ejecución debe realizarse dentro de un tiempo determinado. Este test permite valorar el grado de interferencia, la distraibilidad y la impulsividad, que es sensible en niños con TDAH (Seidman, Biederman, Faraone y cols., 1997)
- *Test de la Figura Compleja de Rey* (Rey, 2003). Es una prueba en la que se le presenta al niño un dibujo para que realice su copia, cuando

este termina dejamos un tiempo de latencia y posteriormente invitamos al niño a que reproduzca de memoria el dibujo que anteriormente ha copiado. Esta prueba consta de dos tipos de dibujo según sea la edad del niño. La puntuación que se obtiene de esta prueba se divide en la estructura perceptiva global, es decir la planificación sistemática y el resultado final de la copia, así como la precisión del niño a la hora de realizar correctamente el máximo número de detalles. Al igual que el Stroop este test se ha mostrado sensible a alteraciones neurológicas del lóbulo frontal (Lezak, 1995), por lo que nos puede ayudar a discriminar niños con TDAH.

- *Pruebas de rendimiento académico*

En cuanto al rendimiento académico se han de valorar aspectos como precisión y velocidad lectora, comprensión lectora y el funcionamiento matemático. Utilizando por tanto pruebas que se adapten a la edad y características de los niños que se estén evaluando. Podremos seleccionar pruebas específicas entre: TALE, Test de análisis de la lecto-escritura (Toro y Cervera, 1995); PROLEC, Batería de evaluación de los procesos lectores; PEABODY, Test de vocabulario en imágenes, TEDI-MATH, Test para el diagnóstico de competencias básicas en matemáticas, etc. Todos estos test se encuentran publicados por TEA (2006-2015).

Al final de esta fase se produce una nueva toma de decisiones, ya que una vez integrados los datos obtenidos se expone a los padres los resultados mediante un informe, invitándoles a tomar una nueva decisión: la realización de la intervención o no para paliar los posibles déficits de su hijo o hija. Es en este punto donde finalizaría el proceso de evaluación, con la entrega de la información a los padres. Como se ha mencionado anteriormente el objetivo de la evaluación y el diagnóstico no es otro que el de determinar un programa de intervención efectivo.

En último lugar en una tercera fase se delimitarían los objetivos a trabajar y las posteriores revisiones de los objetivos marcados para incrementar el grado de efectividad de la intervención.

Como se ha mencionado anteriormente en el apartado de los modelos explicativos del TDAH, existe un desequilibrio entre los avances en los modelos teóricos y las herramientas de evaluación. Sin embargo, de todos los modelos teóricos hay que destacar el modelo de Barkley (1998) ya que aporta unas premisas para el tratamiento: a) Las intervenciones más eficaces son las que se llevan a cabo en los ambientes en los que se desarrolla el niño; b) Intervenciones dirigidas a alterar las condiciones ambientales que conlleven cambios conductuales en los niños y niñas, tanto en el contexto escolar como familiar; c) Determinar la necesidad de la utilización de medicación para tratar



los déficits de autorregulación e inhibición; e) Determinar la efectividad y uso de técnicas cognitivo-conductuales; f) Hay que tener en cuenta que la externalización de la información debe acompañarse de la externalización de la motivación y el refuerzo; g) El modelo de intervención debe ser multiprofesional, con coterapeutas (padres y maestros), y dirigidos a paliar el impacto que tiene en el niño o niña el TDAH.

Las premisas expuestas se ajustan a la tercera fase del modelo correspondiente a la definición del tipo de intervención.

#### **1.4. Prevalencia.**

Según el DSM IV- TR (APA, 2003) se establece un intervalo de prevalencia del TDAH de entre el 3 y el 5%, y, en la actual versión el DSM-5 (2014) sugieren que según las encuestas de población, el TDAH tiene una prevalencia en la mayoría de las culturas en la etapa infanto-juvenil del 5%.

Numerosos estudios muestra una prevalencia distinta a la establecida por la APA. Willcut (2012) en su estudio de revisión establece una prevalencia a nivel mundial de entre el 5,9% y el 7,1%. Rohde et al. (2005) en una muestra de 1.013 adolescentes brasileños, encuentran una prevalencia de TDAH del 5,8 %. Brown et al. (2001) sitúan en una población general infantil de edades

comprendidas entre los 6 y 12 años una prevalencia situada entre el 4% y el 12%. Barbaresi et al. (2002) en una población 5718 sujetos, en una muestra de cohortes edades comprendidas entre los 5 y 19 años sitúan la prevalencia del TDAH en un 7,4%. En España, Cardo, Servera y Llobera (2007) en un estudio realizado en 1.509 escolares de edades comprendidas entre los 6 y 11 años de la isla de Mallorca, encuentran una prevalencia del 4,6%.

El hecho de que existan distintas prevalencias y en algunas ocasiones con rangos tan amplios de diferencia, se debe fundamentalmente, a que en los trabajos epidemiológicos se distinguen dos enfoques: el enfoque criterial y el enfoque psicométrico. Como se describe en el primer estudio, la aproximación más adecuada a la psicopatología del desarrollo y a la prevención es la aproximación psicométrica, ya que nos aporta más información de distintos contextos de desarrollo, dando la posibilidad de realizar un diagnóstico clínico formal. Cardo y Servera (2005), según los resultados obtenidos de su investigación, manifiestan la posibilidad de utilizar el enfoque psicométrico para establecer tasas de prevalencia con un rigor aceptable del TDAH, ante la falta de consenso entre los distintos instrumentos diagnósticos, y modelos metodológicos, evitando que se produzca tanto una baja detección como un sobrediagnóstico.

## 1.5. Comorbilidad

El TDAH es un trastorno con el que normalmente coexisten otro tipo de problemas asociados. Esto hace que el desarrollo de un niño o niña con TDAH se complique aún más y su pronóstico empeore.

Roselló, Amado y Bo (2000) encuentran una comorbilidad para el TDAH subtipo combinado de los trastornos externalizantes del 63.8%, mientras que la comorbilidad en trastornos internalizantes es del 38.9 %. Por trastornos comórbidos encuentran el trastorno oposicionista desafiante con un 44.4%; el trastorno disocial con un 19.4%; Tourette, con un 2.8%; la fobia específica con un 5.6%; el estrés postraumático con 8.3%; la ansiedad generalizada, con un 19.4%; la ansiedad por separación con un 2.8% y el trastorno obsesivo compulsivo con un 2.8%. Las autoras Roselló, Amado y Bo no encontraron prevalencias para la depresión mayor ni la distimia.

Barkley (2006) en población norteamericana describe las siguientes comorbilidades: la ansiedad una comorbilidad del 25-30 %; la depresión mayor del 15-75%; el trastorno bipolar del 6-27%; el trastorno oposicionista desafiante del 84%; los problemas de conducta o trastorno disocial del 15-56%; el estrés postraumático del 1-6%; el síndrome de Tourette del 12-34%. No se encuentran comorbilidad con trastornos generalizados del desarrollo.

Puente, Loro y Quintero (2009) describen una comorbilidad del 25% para la ansiedad; para los trastornos del estado del ánimo del 15-75%; Tourette del 13%; los trastornos de aprendizaje del 20-25%; trastornos del sueño del 50%; trastorno obsesivo compulsivo del 6-33%; trastorno negativista desafiante del 40-80% y del trastorno disocial del 20-56%.

## **2. Variables Predictoras. El estrés autopercebido, estrés parental y estilo de crianza**

### **2.1. El concepto de estrés.**

Previo a la conceptualización del término estrés, se hace necesaria la realización de una revisión de las principales aproximaciones desde las distintas áreas de conocimiento y de sus aportaciones al mismo. Esto nos ofrecerá una visión más amplia, permitiéndonos además de la conceptualización, un acercamiento a otros campos como el de la psicopatología del desarrollo infantil. Más concretamente en su relación con el TDAH y la autopercepción que estos niños tienen sobre el estrés, principal objetivo de este estudio presente.

### 2.1.1 Orígenes y aproximaciones al concepto de estrés

Las primeras referencias sobre lo que actualmente conocemos por estrés proceden del campo de la física. Robert Hooke, en el siglo XVII, concibe el estrés como la relación entre la carga o fuerza externa ejercida sobre un objeto y la deformación experimentada por este, cuyo resultado dependerán tanto de las propiedades estructurales inherentes al objeto, como de las características de la fuerza externa. Pone de manifiesto el carácter interactivo del estrés, entre los elementos o agentes externos “estresores” y la “respuesta emitida por el objeto o el sujeto” (Sandi, Venero y Cordero, 2001).

Posteriormente sería el fisiólogo Hans Selye (1936) quien lo extrapolara al campo de la experimentación con animales, considerándolo no solo como un proceso fisiológico de adaptación, sino que también podía acabar produciendo enfermedades. A partir de las observaciones sobre el efecto que tenían las situaciones aversivas sobre las ratas cuando estas las experimentaban de manera crónica, propuso la existencia del “Síndrome General de Adaptación” (Selye, 1936,1956).

Partiendo de la base de que nuestro organismo mantiene o busca mantener el equilibrio frente a las distintas situaciones aversivas o amenazantes que se producen en el día a día Selye (1936) plantea desde su experimentación como se enfrenta el organismo y que mecanismos despliega

como defensa ante una situación estresante, y lo más interesante qué sucede cuando se manifiestan de manera crónica esas situaciones crónicas de estrés biológico. Se distinguen tres fases dentro de la respuesta del organismo ante una situación de estrés.

- La primera fase sería una reacción de alarma. Momento inicial en el que el individuo se enfrenta a una situación amenazadora, aversiva. Se produce una activación de todos los mecanismos para valorar la amenaza, encaminados a la toma de decisión y valoración del enfrentamiento o de la huida. Si la situación se mantiene se produciría una segunda fase.
- La segunda fase se denomina de resistencia. En este paso ya no se realiza una valoración, sino que se realiza una distribución de los recursos necesarios y de ahorro de energía del organismo para enfrentarse a la amenaza.
- La fase de agotamiento. Cuando la situación de estrés se mantiene con una intensidad alta y frecuencia en el tiempo. Es en esta fase en la que como ha mencionado antes Selye (1936) se pone de manifiesto el indicio de distintos tipos de patologías que el autor denomina enfermedades de adaptación.

McEwen (1995, 2000) propone el concepto de alostasis relacionándolo con la fase de agotamiento del síndrome general adaptativo. La alostasis agruparía todo el conjunto de mecanismos que el organismo activa desde que se inicia una situación de estrés hasta conseguir una situación de equilibrio. Destacan dos situaciones en las que la activación fisiológica hace patente la importancia de la alostasis, la primera de ellas es una situación de estrés crónico y la segunda serían los estados de ansiedad anticipatoria, ya que el organismo puede desplegar los mecanismos de defensa ante una situación adversa antes de que esta llegue realmente a producirse (McEwen, 1995).

La siguiente aproximación al concepto de estrés se realiza desde el campo de la psicología. Para Lazarus (1993) los procesos de estrés incluyen los siguientes elementos:

- El estresor: puede estar constituido por una causa externa o un agente interno.
- Un proceso de evaluación cognitiva que valora hasta qué punto una situación puede ser considerada como benigna, nociva o suponer una amenaza.
- Las estrategias de afrontamiento. Desarrolladas tanto a nivel cognitivo como conductual para hacer frente a las situaciones estresantes.

- La reacción de estrés, compuesta por un complejo patrón de reacciones fisiológicas y conductuales.

Lazarus (1993) propone un modelo integrador de acuerdo con el cual el estrés está determinado por la interacción entre los estresores y la reacción de estrés; Destaca la evaluación cognitiva que el individuo realiza acerca de la situación estresante así como de sus propias capacidades para resolverlas o, por el contrario, ser superado por la misma. Otro elemento son las estrategias de afrontamiento adoptadas y su grado de eficiencia o ineficiencia, para conseguir la adaptación del individuo a las circunstancias estresantes.

Tobeña (1997) propone la siguiente clasificación de las situaciones de estrés. Según el origen del estrés o tipo de estresor (estimulo desencadenante del estrés) puede dividirse en cuatro taxonomías generales según los estresores sean de naturaleza física, biológica, psicológica, o social:

- Los estresores físicos hacen referencia a estímulos externos pero que inciden directamente sobre el organismo.
- Los estresores biológicos, incluyen aquellas situaciones en las que el estrés interfiere directamente sobre la propia regulación homeostática del organismo.



- Los estresores psicológicos están determinados por el significado personal que el individuo otorga a las situaciones en cuyo caso suele estar asociados a emociones, principalmente de carácter negativo (Lazarus, 1993). Lazarus distinguió tres estados psicológicos estresantes en función de la interpretación que el individuo realiza de los acontecimientos: a) el daño, como un perjuicio psicológico que ya ha tenido lugar; b) la amenaza, que sería la anticipación de un daño que puede ser inminente, pero aún no se ha producido; y c) el reto, que se refiere a aquellas situaciones en las que el individuo se enfrenta a demandas difíciles de solventar, pero confía en sus capacidades para resolverlas mediante la movilización y el despliegue de sus recursos de afrontamiento.
- En último lugar los estresores sociales, que agrupan una gran diversidad de situaciones relacionadas con las interacciones que el individuo establece con los congéneres de su entorno y que pueden ser por tanto negativas como positivas. Se pueden diferenciar los siguientes aspectos. La intensidad del estresor, permite determinar si una situación es más o menos estresante. La duración del estresor, consistente en el periodo de tiempo sobre el cual se extiende la vivencia de la situación estresante. Así como la frecuencia del estresor, que indica las relaciones que se establecen entre estrés y enfermedad. Se denomina estrés agudo

cuando se produce puntualmente y estrés crónico cuando se repite en el tiempo.

Según Lazarus (1993) las principales definiciones del concepto de estrés implican al menos cuatro factores. El primero de ellos sería la presencia de una situación o acontecimiento identificable. En segundo lugar, dicho acontecimiento es capaz de alterar el equilibrio fisiológico y psicológico del organismo. En tercer lugar, este desequilibrio se refleja en un estado de activación marcado por una serie de consecuencias para la persona de tipo neurofisiológico, cognitivo y emocional. Y en último lugar estos cambios, a su vez, perturban la adaptación de la persona.

Estos cuatro factores están incluidos en casi todas las definiciones de estrés, tanto si se refieren al estrés por estímulo como si se refieren al estrés como respuesta. Hoy día la concepción más extendida y aceptada es la del estrés como interacción entre la persona y el entorno, lo que quiere decir que no se podría hablar de una reacción de estrés sin hacer referencia a determinadas situaciones o acontecimientos (estímulo) desencadenantes (Trianes, 2002).

Sin embargo, la conceptualización del estrés también puede variar en función del modelo conceptual, y según los aspectos que estos enfatizan. Para la evaluación del estrés se distinguen tres aproximaciones: el estrés como

estímulo (Grant et. al., 2003), el estrés como respuesta (Selye, 1976), o el estrés como interacción estímulo respuesta (Lazarus y Folkman, 1984, 1986).

### **2.1.2. El estrés como estímulo**

Hace referencia a aquellas situaciones o acontecimientos desencadenantes de malestar, capaces de alterar el funcionamiento del organismo y/o el bienestar e integridad de la persona, al margen de la interpretación cognitiva o valoración subjetiva que el sujeto hace del acontecimiento. Estas situaciones o acontecimientos, denominados estresores, pueden enmarcarse en diferentes ámbitos, entre los que podemos destacar: personal, interpersonal, económico, físico y catástrofes naturales (Fierro, 2002).

La literatura organiza los distintos tipos de estímulos estresores en tres categorías básicas: acontecimientos o crisis vitales, estresores permanentes o crónicos y acontecimientos menores de carácter cotidiano (Compas, 1987; Haggerty, 1986; Trad y Greenblatt, 1990)

Se comentan solo los acontecimientos menores y de carácter más cotidiano ya que han sido evaluados en la presente tesis. Son definidos por Lazarus (1986;1984) como “ajetresos diarios” (daily hassless), hacen referencia a situaciones diarias o de alta frecuencia irritantes y/o frustrantes que caracterizan las transacciones diarias con el medio ambiente (Kanner, Coyne,

Schaefer y Lazarus, 1981). La literatura destaca que estos acontecimientos menores tienen incluso más relevancia para el ajuste socioemocional que los estresores de mayor impacto, puesto que el exceso y la heterogeneidad de estas pequeñas contrariedades, fastidios o incomodidades cotidianas, hacen al sujeto vulnerable, predisponiéndolo a manifestar determinados problemas psicológicos (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman y Lazarus, 1982; Kanner et al., 1981; Reich y Zautra, 1983; Stone y Neale, 1984). Entre los principales estresores cotidianos en la infancia encontramos: conflictos con profesores e iguales, realización de exámenes, dificultades académicas, tener poco tiempo para jugar, exceso de tareas escolares, miedos a visitas médicas, peleas y competición con hermanos, carencia de cuidados por parte de los padres, etc. (Dickey y Henderson, 1989, Fallin, Wallinga y Coleman 2001, Kanner, Feldman, Weinberger y Ford 1987; Spirito, Stark, Grace y Stamoulis, 1991, Zautra, Guarmaccia y Dohrenwend, 1986).

### **2.1.3. El estrés como respuesta**

Hace referencia a las reacciones que el sujeto experimenta ante los estímulos adversos. Selye (1936) denominó las reacciones fisiológicas del organismo ante estímulos adversos como Síndrome General de Adaptación, en la actualidad denominado respuesta de estrés. Dicha respuesta de estrés se consideran un conjunto de reacciones adaptativas, a niveles tanto fisiológico

como psicológico, de carácter generalizado e inespecífica desarrollada en tres fases: alarma, resistencia y agotamiento.

- En la fase de alarma, ante la presencia de un estresor, el sujeto se siente inicialmente desbordado y se produce una compleja reacción fisiológica.
- En la fase de resistencia, el organismo se moviliza para hacer frente al estresor, los signos de activación fisiológica de la fase anterior decrecen, se recupera el equilibrio y se vuelve paulatinamente, al nivel de funcionalidad normal.
- En último lugar la fase de agotamiento aparece si el estresor es severo y prolongado, y la resistencia se extiende durante demasiado tiempo, lo cual provoca el consumo de todos los recursos, produciéndose un daño que puede ser en algunos casos irreversible. En esta situación vuelven a aparecer los síntomas de la fase de alarma y el organismo desarrolla una mayor vulnerabilidad a trastornos y disfunciones orgánicas. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984,1986), esta respuesta de estrés descrita se traduce en multitud de manifestaciones, no sólo a nivel fisiológico, sino también a nivel cognitivo, emocional, motor y conductual. Por ejemplo a nivel cognitivo, las alteraciones más frecuentes ante situaciones estresantes o desbordantes son las

distorsiones cognitivas y los pensamientos irracionales; a nivel emocional, las reacciones más descritas son tensión, desasosiego, ansiedad, irritabilidad, miedo y depresión. A nivel conductual, las dos principales manifestaciones del individuo ante una situación de estrés son la aproximación o evitación del problema, habitualmente denominadas conductas de lucha/huida.

#### **2.1.4. El estrés como interacción estímulo-respuesta**

Integrando las consideraciones de estrés como estímulo y estrés como respuesta, Lazarus y Folkman (1984,1986) completan la visión del fenómeno considerando el estrés como una “clase particular de relación estímulo-respuesta, una relación percibida por el sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p.43).

Según esta concepción, entre el estímulo y la respuesta es necesario tener presente una variable intermedia, la valoración o percepción cognitiva que la persona hace de la situación. Dicha valoración cognitiva individual es un factor explicativo de por qué varias personas ante las mismas situaciones estresantes manifiestan diferentes reacciones. Esta evaluación estresante se divide en dos fases: 1) Primero, se realiza una evaluación centrada en el problema, donde se analiza la situación y las demandas que supone a la persona, y 2) posteriormente, se realiza un segundo tipo de evaluación

cognitiva, centrada en los recursos y las habilidades del sujeto para hacer frente a dicha situación (Lazarus y Folkman, 1984, 1986). Por lo tanto como puntualiza Fierro (2002) “no cualquier situación adversa o con propiedades afectivamente negativas es por sí sola estresante. Sólo lo es cuando las circunstancias empiezan a erosionar la capacidad de reacción y los recursos del sujeto particular” (p.210).

## **2.2. Situaciones estresantes infantiles**

La etapa infantil se caracteriza, por el cambio, ya que estamos en una fase de continuo desarrollo en todas las áreas. Es un periodo de continua superación de hitos de desarrollo y de transición entre distintas etapas de la vida.

Hay que diferenciar los estímulos que son potencialmente estresores para adultos y para niños. Para ello diferenciaremos entres acontecimientos mayores (situaciones excepcionales de estrés vital) y acontecimientos menores como define Lazarus “ajetresos diarios”. En la actualidad se habla de sucesos vitales para señalar aquellos acontecimientos que causan un reajuste significativo en la conducta de los sujetos. Por lo tanto la principal propiedad de los sucesos vitales es el cambio. En definitiva, los acontecimientos vitales son aquellos acontecimientos que implican cambio en las actividades habituales de los individuos, cuyo potencial estresante depende de la cantidad

de cambios que conlleva (Sandín, 1995). Por ejemplo, la enfermedad de un familiar cercano, el divorcio de los padres, cambio de colegio, etc.

Durante el desarrollo niños y niñas se enfrentan a numerosas tareas que van a marcar el buen ajuste del paso de una etapa a otra. Sroufe y Rutter (1984) consideran las siguientes características de las transiciones del desarrollo recogidas en la tabla siguiente.

**Tabla 27.**

*Aspectos evolutivos más destacados en el proceso de desarrollo (Sroufe y Rutter, 1984)*

<b>Años</b>	<b>Tareas del desarrollo</b>
0-1	Regulación biológica; interacción con la madre o padre armoniosa, formación de una buena relación de apego.
1- 2 1/2	Exploración, experimentación y dominio del mundo del objeto (el cuidador como una base segura); individuación y autonomía; responder al control externo de los impulsos.
3-5	Autocontrol flexible, auto-resistencia, iniciativa, identificación y adquisición de características de género; interacción con niños de la misma edad (empatía).
6-12	Comprensión social (equidad, justicia); constancia del género, compañerismo; sentimiento de ser competente; adaptación escolar.
13	“Operaciones formales”: toma de perspectiva flexible; pensamiento “como si”; amistad (mismo sexo); comienzo de las relaciones con el otro sexo; emancipación, identidad.



***Dinámica del estrés.*****Tabla 28***Factores que intervienen en la experiencia de estrés en la infancia.* (Trianes, 2002)

<i>Antecedentes</i>	<i>Variables Mediadoras</i>			<i>Consecuencias</i>
<b>ESTÍMULOS ESTRESORES</b>	<b>FACTORES PROTECTORES</b>	<b>FACTORES MODULADORES</b>	<b>FACTORES DE AFRONTAMIENTO</b>	<b>REACCIONES DE ESTRÉS</b>
<i>Desarrollo y maduración:</i>	<i>Personales</i>	<i>Personales</i>	<i>Habilidades personales</i>	<i>Conductuales</i>
Deficiencias	Soporte biológico saludable	Temperamento Género	Manejo del estrés	Inhibición, pasividad
Tareas y superaciones	Desarrollo sociocognitivo sano	Edad y desarrollo	Habilidades sociales Regulación emocional	Trastornos del sueño
Separaciones	Temperamento		Comprensión de los problemas	Trastornos de la alimentación
Autonomía	fácil		Toma de distancia	Problemas de conducta
<i>Familia</i>	<i>Familia</i>	<i>Familia</i>		
Falta de apego	Calidad del apego	Forma de la familia	<i>Habilidades de los padres</i>	<i>Emocionales</i>
Maltrato	Apoyos y recursos	Estrés de los padres	Implicación en la educación de los hijos	Irritabilidad y labilidad emocional
Divorcio	Personalidad y habilidades		Habilidades de crianza	Depresión
Muerte	Estatus		Estilos parentales	Ansiedad
Nacimiento de un hermano, etc.	socioeconómico y cultural	<b>FACTORES DE RIESGO</b>		Temores y fobias Agresividad
<i>Escuela</i>	<i>Escuela</i>	<i>Problemas de conducta</i>	<i>Factores socioculturales</i>	<i>Cognitivas</i>
Demandas de separación	La experiencia del éxito escolar	Agresividad con iguales	Ayudas comunitarias, etc.	Baja autoestima Teorías o pensamientos negativos
Aprendizajes escolares	La motivación por aprender	Experiencias negativas		Indefensión
Éxito y fracaso escolar	El apoyo de los profesores	Padres enfermos mentales		

Etiquetaje de diferencias		Muerte de familiares	
		Excesivo apego al adulto, etc.	<i>Psicosomáticos</i>
<u>Relaciones con los iguales</u>	<i>Relaciones con los iguales</i>		Dolor de barriga
			Dolor de cabeza
Rechazo y no aceptación	Los amigos		
Inhibición, timidez	Redes de apoyo entre compañeros		
Perdida o ausencia de amigos			
<i>Factores macro-socioculturales</i>	<i>Factores macro-socioculturales</i>		
Pobreza, discriminación, desastres	Clase social, bienestar y calidad de vida, recursos comunitarios		

La dinámica del estrés debe ser necesariamente atendida pues genera resultados dispares según sus circunstancias. Como pasa en otros trastornos y problemas psicológicos el papel de la familia y el contexto incluido la escuela es fundamental, dependiendo de que, en esos contextos, se genere una intervención para minimizar la sintomatología, para disminuir los riesgos asociados al trastorno al crecer en maduración y desarrollo, el niño o la niña.

### 2.3. Estrés cotidiano

El estrés cotidiano puede definirse como las demandas frustrantes e irritantes que acarrea la interpretación diaria con el medio ambiente (Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981). Se trata de sucesos problemas, preocupaciones y contrariedades de alta frecuencia, baja intensidad y alta predictibilidad que pueden alterar el bienestar emocional y físico del individuo (Seiffge-Krenke, 2007). Estos sucesos se denominan estímulos estresantes o estresores.

La evaluación del estrés cotidiano se basa en tres enfoques, según la concepción clásica del estrés y que ya han sido descritos en el apartado del concepto del estrés, el estrés como estímulo, el estrés como respuesta y el estrés como relación acontecimiento – reacción (Trianes, 2002).

El estrés es un constructo relacionado con la forma en la que el niño percibe las demandas que genera el estresor y se estresa porque piensa como puede hacer frente a esas demandas y si no puede se estresa más.

Trianes (2002) agrupa los estresores cotidianos que pueden afectar a los niños y niñas en cuatro ámbitos principales: a) salud, asociado al padecimiento continuado de problemas de salud o enfermedades crónicas, periodos de hospitalización, un mal afrontamiento de situaciones relacionadas con la salud, estrés debido a accidentes, o problemas relacionados con la

comprensión de la muerte; b) el ámbito de la escuela hace referencia al estrés producido por la escolarización, las dificultades producidas por la incapacidad de hacer frente a las demandas del contexto escolar, dificultades de aprendizaje tempranas, ansiedad ante los exámenes, miedo y fobia escolar; c) familia, asociado al estrés que puede derivarse del nivel socioeconómico familiar, el nacimiento de un hermano y roces entre hermanos, muerte de un familiar directo, separación o divorcio de los padres, abandono o maltrato, la presencia de psicopatología en alguno de los padres; d) iguales, este ámbito puede relacionarse con estresores como los producidos por el contexto de los iguales y su relación e influencia en el ámbito escolar en el que se da el mayor número de interacciones interpersonales y sus consecuencias en rechazo, aislamiento social, timidez, o pobres habilidades sociales.

Se puede suponer que el estrés cotidiano tenga mayor impacto en niños y niñas con TDAH ya que en su contexto se dan múltiples estímulos que se convierten para ellos en estresores dada su problemática asociada al trastorno. Por ello puede que la calidad de vida disminuya en el caso de las vivencias de un niño o niña con TDAH. Se puede definir el concepto de calidad de vida, como aquel que describe la percepción subjetiva positiva del individuo de su situación en la vida, evidenciado por un funcionamiento psicológico, físico y social saludable (Danckaerts, et. al. 2010). Miranda, Presentación, Colomer y Roselló (2011) realizaron un estudio pionero en nuestro país con el objetivo

de analizar las percepciones de calidad de vida de niños TDAH y de sus padres con variables conductuales de riesgo y de protección. Los resultados muestran que los niños presentan una valoración de la satisfacción con la vida significativamente más elevada que la estimada por los padres. Las autoras atribuyen este resultado a que la evaluación de los niños puede estar afectada por los sesgos positivos ilusorios. Los niños TDAH suelen tener una autoimagen positiva, sobreestimando sus capacidades y autoconcepto. Es posible que este hecho puede considerarse como un factor de protección considerando que, aunque les protege de adversidades generadas en los distintos contextos de desarrollo, también debe el niño o niña a medida que crezcan ajustarse a la realidad para que no adquieran una visión ilusoria de sí mismos (Hoza, Pelham, Dobbs, Sarno, y Pillow, 2002).

## **2.4. Estrés parental y estilo de crianza**

La presencia del TDAH en el contexto familiar tiene una gran repercusión, generando que se dispare el estrés familiar, ya que no solo tienen lugar grandes conflictos entre padres e hijos, sino que también se originan conflictos entre los propios padres e incluso se extrapolan a otros contextos de desarrollo produciéndose un deterioro general de la calidad de vida. (Presentación, García, Miranda, Siegenthaler y Jara (2006).

Respecto a las variables relacionadas con el contexto familiar es de destacar las relaciones disfuncionales presentadas por los niños y niñas TDAH. Numerosos estudios comparando niños y niñas con TDAH con controles muestran un mayor estrés familiar y una disfunción en el rol parental (Grau, 2007). La capacidad de autocontrol y competencia de los padres y su relación con el estrés familiar de padres de niños y niñas TDAH en un estudio realizado por Benedetto y Ingrassia (2013) plantearon dos hipótesis, la primera hace referencia a cómo se desarrolla el autocontrol de los padres de niños y niñas TDAH a partir de sucesivas historias transaccionales de interacciones fallidas con su prole. Y una segunda hipótesis que relaciona el bajo control autopercebido con un aumento del estrés parental que produce prácticas parentales coercitivas e inconsistentes. Los autores encuentran que en las familias del TDAH, se producen niveles más altos de estrés y unos niveles menores de percepción de autocontrol y competencia, aunque no sean compatibles con las atribuciones que hacen padres e hijos. En cuanto a la segunda hipótesis los resultados muestran que una baja percepción de control debido a la sintomatología del TDAH sobre las prácticas de crianza de los padres produce un incremento de estilos parentales inconsistentes y coercitivos.

El estilo parental define el tipo de respuesta que efectúan los padres ante las distintas situaciones que les plantea sus hijos. Pueden dividirse en dos

dimensiones: a) una dimensión coercitiva, caracterizada por la inconsistencia en el estilo parental, la retirada de afecto y el control de la conducta mediante el castigo corporal, insultos, gritos, etc.; b) una dimensión de aceptación-sensibilidad que incluyen estrategias de aprobación, aconsejar, motivación, empatía y de afecto (Bauermeister et al. 1996).

En un estudio longitudinal realizado por Miranda, Colomer, Fernández, Presentación y Roselló (2015), las autoras además de intentar de determinar el curso del TDAH a lo largo del tiempo, también intentan identificar factores de riesgo y de protección asociados con el mantenimiento o la disminución de la sintomatología relacionada con el TDAH. Uno de estos factores de riesgo es el estilo parental, los problemas conductuales de los niños con TDAH contribuyen a reducir la habilidad parental en el manejo de los mismos. Los padres pueden llegar a emplear estilos más coercitivos ante la incapacidad de manejar problemas de disciplina. Esta circunstancia puede desembocar en el refuerzo negativo de las conductas desadaptativas de los niños. A pesar de esta circunstancia, los resultados del estudio muestran que los estilos de disciplina disfuncionales no parecen estar significativamente involucrados en el curso o la persistencia del TDAH en sí, aunque hay evidencia de una asociación entre los niveles iniciales de disciplina disfuncional y el desarrollo evolutivo, relacionados con el aumento de los problemas conductuales en los niños TDAH.

Se ha investigado la relación entre la sintomatología TDAH y el estilo parental, el apoyo social y de la pareja para predecir el estrés parental. Theule, Wiener, Rogers, y Marton (2011) exploraron la visión recíproca del profesor y los padres asociada a la sintomatología y al estrés parental. En relación a la sintomatología y a la aparición del aumento de los problemas conductuales desadaptativos, encontraron que los profesores percibían que los niños y niñas con TDAH se comportaban de manera diferente en la escuela por diversas razones (por ejemplo, la presión social, el medio ambiente más estructurado), y que el comportamiento oposicionista del niño en casa podía estar asociado a un estilo parental inconsistente causado por la sintomatología del TDAH. Aunque lo más relevante del estudio de Theule et al. (2011) en cuanto al estrés familiar, es que los factores relacionados con el estilo parental y los factores contextuales fueron predictores del estrés parental más relevantes que el estrés producido por las conductas de los hijos.

En un meta-análisis sobre el estrés parental en familias de niños con TDAH, realizado por Theule, Wiener, Tannock, y Jenkins, (2012), encuentran que los padres de niños TDAH sufren un mayor estrés parental que los padres de niños que no presentan dicho trastorno. Que la sintomatología propia del TDAH influye en el aumento del estrés parental. Este además puede complicarse con la ocurrencia de problemas de conducta. También encuentran



que una sintomatología depresiva de los padres puede ser predictora del estrés parental.

Distintos estudios han puesto de manifiesto el importante papel que juegan tanto el estrés parental, la autopercepción parental, el grado de competencia, así como el estilo educativo. En el presente estudio se intenta determinar cómo variables relacionadas con el estrés autopercebido, el estrés parental y el estilo parental pueden predecir sintomatología TDAH en una población escolar no diagnosticada. Se examinará también las relaciones entre estrés del niño o niña, estrés de los padres y estilos de crianza de los mismos.

### **3. Objetivos del estudio**

El objetivo general de este estudio es analizar como el estrés cotidiano infantil, el estrés de la familia y los estilos educativos de los padres actúan de variables predictoras de la presencia de sintomatología TDAH en un grupo de niños y niñas no diagnosticados. Un segundo objetivo será diferenciar las medias del grupo TDAH respecto a un grupo control sin TDAH en las variables de estrés diario de los niños y niñas, estrés familiar y estilos educativos.

Objetivos particulares son:

1. Analizar diferencia de medias en las distintas variables en relación al grupo TDAH versus grupo control.
2. Analizar mediante regresión si las distintas variables del niño y los padres predicen la pertenencia o no en el grupo TDAH.

Implicaciones de los objetivos o hipótesis puede suponerse que los niños del grupo TDAH se caractericen por medias más elevadas en estrés diario de niños y niñas, estrés familiar y estilos educativos coercitivos y autoritarios de sus padres y madres.

#### **4. Método**

##### **4.1. Participantes**

En este estudio se ha partido de una submuestra de la población del primer estudio sobre detección del alumnado de riesgo en población escolar no clínica, compuesta por 74 alumnos con sintomatología TDAH. De los cuales se han perdido catorce alumnos debido a la imposibilidad de ser emparejados por edad y por sexo (7 alumnos TDAH no diagnosticados y 7 alumnos sin problemática alguna), como resultado la muestra ha quedado reducida a 60 alumnos distribuidos en dos grupos. Un primer grupo formado por alumnos TDAH no diagnosticados, obtenidos a partir de la detección realizada con el CTRF y el TRF en lo que se ha llamado en la presente tesis primer estudio, y

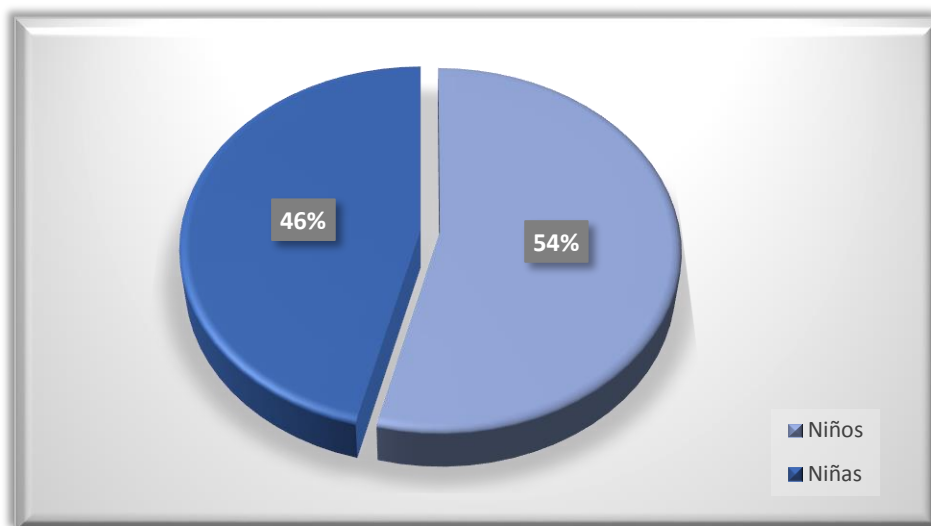
un segundo grupo que no presentaba ningún tipo de problemática. Ambos grupos han sido pareados por edad y por sexo, de tal manera que a cada alumno con TDAH le corresponde un igual sin ningún tipo de problemática, pero con idéntica edad y sexo.

La descripción del alumnado participante puede observarse en la tabla 29. Las edades de los alumnos están comprendidas entre los 5 y los 8 años (edad media = 6,32 años, DT = 0.87), pertenecientes a los cursos de Educación Infantil del último nivel y primer ciclo de Educación Primaria. En cuanto a la distribución de la muestra por sexo podemos observarla en la figura 11.

**Tabla 29.**

*Distribución de la muestra por edad (n=60)*

Edad	n	%
5 años	11	18,33
6 años	24	40,00
7 años	20	33,33
8 años	5	8,33

**Figura 12.**Descripción del sexo de los participantes en el estudio ( $n=60$ )

## 4.2. Instrumentos de evaluación

### 4.2.1. Cuestionario de Estrés Infantil Autopercibido (CEIA)

El Cuestionario de Estrés Infantil Autopercibido, es una adaptación del Inventario de Estrés Cotidiano Infantil (Trianes, Blanca, Fernández Baena, et al., 2011) en la que se ha reducido el número de ítems. También se ha completado con un cuadernillo de aplicación compuesto por ilustraciones representativas para cada ítem, con el objetivo de motivar y facilitar a los más pequeños la comprensión de los mismos. Tanto el cuestionario como el cuadernillo de aplicación se encuentran recogidos en los apéndices 1 y 2.

El CEIA se ha aplicado tanto a alumnos del último nivel de Educación Infantil con una edad de cinco años como a alumnos del primer ciclo de Educación Primaria. Está formado por 22 ítems dicotómicos (SI/NO), agrupados en tres dimensiones que reflejan los estresores a los que se ve sometido un niño en la etapa escolar (Trianes, 2002). Dichas dimensiones son: salud, compuesta por estresores relacionados con la enfermedad, visitas al médico, dolores de cabeza o náuseas; una dimensión de escuela, relacionada con aspectos como problemas de rendimiento académico, problemas con los iguales, problemas de adaptación escolar y por último, una dimensión de familia, en la que se recogen aspectos como el contexto familiar, la relación de los padres, problemas económicos o el nivel de exigencia.

#### **4.2.2. Parent Stress Index (PSI)**

El Parent Stress Index (Abidin, 1990) es un instrumento que valora el estrés familiar y su posible disfuncionalidad en varias dimensiones o dominios en función de las características de los hijos, de las características parentales, así como de otras situaciones que pueden influir directamente en el rol de padres. El rango de edad de los hijos e hijas es entre 1 mes y los 12 años. Es un instrumento cumplimentado por los padres y consta de 120 ítems, de los cuales 19 ítems corresponden a una escala de estrés vital opcional. Las respuestas tienen la siguiente graduación: muy de acuerdo, de acuerdo, no

estoy seguro, en desacuerdo y muy desacuerdo; salvo en la escala de estrés vital que la respuesta es sí o no en función de la ocurrencia del acontecimiento vital estresante.

El coeficiente de fiabilidad de Cronbach (1951) que muestra la PSI, calculado para cada uno de los dominios indica los siguientes resultados: para dominio niño los coeficientes variaron desde .70 hasta .83, en el dominio padres variaron desde .70 a .84, por último para el total de la escala y la escala de estrés vital fueron de .90 o superior. En cuanto a la validez estudios realizados sobre el TDAH y estrés parental aportan evidencia sobre la validez de constructo y la validez predictiva del instrumento (Anderson y Guthery, 2015; Beck, Young, y Tarnowski, 1990; Breen y Barkley, 1988; Fischer, 1990; Heath, Curtis, Fan, et al., 2015).

A continuación se describen las dimensiones e índices que componen la prueba:

#### Dominio del niño.

Esta dimensión está asociada a características del niño que lo hacen de difícil manejo, originando restricciones de papel en el rol de los padres, llegando incluso a no verse como padres competentes en educar a sus hijos. Puntuaciones altas contribuyen a generar un gran estrés en el sistema padres-hijos ya que plantea muchas dificultades a los padres para que puedan satisfacer sus roles.

- *Distraibilidad/Hiperactividad*. Puntuaciones altas en este índice se asocian con niños que presentan conductas relacionadas con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, que tienen un impacto importante tanto a nivel de calidad del vida del niño como de la familia.
- *Adaptabilidad*. El índice de adaptabilidad está asociado a niños que no se adaptan bien a los cambios físicos o sociales de su desarrollo. Relacionados sobre todo con hitos de desarrollo, con hábitos, rutinas en temas por ejemplo de alimentación, sueño, etc. Así como a nivel social en cuanto a interacción con los adultos. Los padres pueden manifestar un alto grado de frustración en la relación con sus hijos ya que no experimentan dicha relación como positiva debido a las dificultades que les plantea el conseguir que estos se adapten a los cambios. Características conductuales como la incapacidad de cambiar de una tarea a otra sin que se produzca una alteración emocional, la reacción exagerada ante cambios en la estimulación sensorial, evitación de los desconocidos, reacción exagerada ante el cambio de rutinas, la dificultad para calmar al niño cuando se altera, están asociadas con puntuaciones altas en este índice.

- *Refuerzos a Padres.* Este índice valora el tipo de refuerzo que reciben los padres de la relación con sus hijos. Puntuaciones altas nos indican que los padres no son reforzados positivamente por sus hijos. Los padres pueden sentirse rechazados por sus hijos, creando sentimientos negativos autopercebidos por ellos mismos que pueden influir negativamente en el vínculo padres-hijos.
- *Exigencia.* Las puntuaciones altas en este índice se producen cuando los padres perciben que sus hijos les plantean demasiadas exigencias en el día a día (llanto, no apartarse físicamente de la madre, pedir ayuda con frecuencia, alta tasa de problemas de conducta menores). Esta fuente de tensión suele amentar con el nivel de expectativas o de exigencia en cuanto al papel a desempeñar como padres, por ejemplo cuando además son padres primerizos o jóvenes. Otro aspecto a tener en cuenta son las características de los propios niños ya que si son muy dependientes, hay una pobre interacción con los iguales, o manifiestan mayor numero problemas de conducta u obediencia, pueden ser determinantes para la aparición de puntuaciones altas.
- *Estado de ánimo.* Las puntuaciones altas en estado de ánimo están asociadas a niños que presentan problemas afectivos. Suelen ser niños infelices, que manifiestan conductas depresivas, propensos al llanto, no



muestran signos de felicidad. En puntuaciones altas habría que vigilar el deterioro del apego por parte de la madre o la ausencia del padre, debido a presencia de algún tipo de adicción, tales como el alcohol o el consumo de cualquier otro tipo de sustancias.

- *Aceptabilidad.* En este índice las puntuaciones altas coinciden con la presencia en el niño de alguna característica física, intelectual o emocional, que no coincide con las expectativas que los padres tienen sobre él.

#### Dominio padres.

Las puntuaciones altas en el dominio de los padres sugieren que las fuentes de estrés y la potencial disfunción de la relación padres-hijos podrían encontrarse en los índices del funcionamiento de los padres. Depresión y Competencia son los índices cuyos valores aportan más a la puntuación de este dominio. Los progenitores que presentan valores más altos en dominio padres expresan sentimientos de incapacidad de realizar bien su tarea como madre o padre. El riesgo de maltrato infantil se eleva si se encuentran puntuaciones altas en los índices de Apego, Aislamiento y Pareja.

- *Competencia.* Se esperan puntuaciones altas en padres jóvenes y primerizos, en padres que no poseen conocimientos prácticos sobre el desarrollo del niño o que no poseen habilidades suficientes para



afrontar con éxito el manejo de las distintas situaciones que les plantea el día a día con sus hijos. También las puntuaciones altas indican que los padres no sienten su papel de padres tan reforzador como esperaban.

- *Aislamiento.* Los padres que puntúan alto en esta área se encuentran bajo un estrés considerable, con frecuencia están socialmente aislados de sus iguales, parientes y de otros sistemas de apoyo emocional.
- *Apego.* Las puntuaciones altas en apego sugieren dos posibles orígenes de disfunción. La primera puede ser que los padres no tengan un sentimiento de proximidad hacia su hijo. Esta ausencia emocional puede reflejarse en el desarrollo de una interacción bastante fría entre padres e hijos. El segundo origen de una disfunción puede ser debida a que los padres se consideran de una manera real o percibida incapaces de observar y comprender adecuadamente los sentimientos y/o necesidades de su hijo o hija.
- *Salud.* Las puntuaciones altas sugieren un deterioro en la salud de los padres, pudiendo ser originada por la tensión arterial de alguno de los progenitores o por una tensión adicional independiente del sistema padres-hijos.
- *Restricción del papel.* Las puntuaciones altas en este índice sugieren que los progenitores experimentan que su papel como padres les



restringe su libertad y les frustra en su intento de mantener la propia identidad. Se sienten controlados y dominados por las exigencias y necesidades de sus hijos.

- *Depresión.* Puntuaciones altas suelen reflejar la presencia de una depresión importante en los padres, que encuentran difícil activar la energía física y psíquica que necesitan para cumplir con sus responsabilidades.
- *Pareja.* La puntuación alta en pareja indica que los padres carecen del apoyo emocional y activo de su cónyuge en el manejo del niño o niña. La hipótesis más probable es, que la relación entre la madre y el padre sea, en términos generales, negativa y la falta de apoyo mutuo en el área del cuidado del niño o niña, lo cual es probable que origine síntomas de una relación disfuncional. En general el padre del sexo opuesto no tiene la disposición a acompañar al otro ni la de aceptar las responsabilidades de su rol de padre.

#### **4.2.3. Inventario de Prácticas de Crianza**

El Inventario de Prácticas de Crianza (IPC) (Bauermeister, et al., 1996) es un instrumento desarrollado por Bauermeister, et al. (1996), para evaluar los distintos estilos de crianza de los niños. Se encuentra recogido junto a otros instrumentos para el uso dentro del campo de la salud mental, en el manual de

trabajo clínico titulado Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Barkley, Murphy y Bauermeister, 1998). Previamente se seleccionaron varios ítems del Parent Practice Scales (Strayhorn y Weldman, 1988) y del Parenting Scale (Arnold, O`Leary, Wolf y Acker, 1993) completados con otros ítems elaborados por los autores. La consistencia interna y la fiabilidad son altas. Los índices obtenidos por los autores en los estudios realizados apoyan la validez de constructo (Bauermeister et al. 1996).

El instrumento puede ser administrado en forma de entrevista o autocumplimentación, cada ítem de la prueba se evalúa en función de la siguiente escala: 0 (nunca o casi nunca), 1 (algunas veces), 2 (frecuentemente) y 3 (muy frecuentemente).

Los ítems del instrumento se agrupan en dos dimensiones, una primera dimensión coercitiva, caracterizada por la inconsistencia en el estilo de crianza, la retirada de afecto y el control de la conducta mediante el castigo corporal, insultos, gritos, etc. Por otro lado existe una dimensión de aceptación-sensibilidad (Rothbaum y Weisz, 1994) que incluyen estrategias de aprobación, aconsejar, motivación, empatía y de afecto (Bauermeister et al. 1996).

### 4.3. Procedimiento

En este estudio se describe el procedimiento que se llevó a cabo para desarrollarlo sin volver a decir que la muestra se seleccionó en el primer estudio como se ha explicado en el apartado de Participantes. El presente estudio a diferencia del anterior que estaba centrado en los centros y el profesorado, este va dirigido a los alumnos y sus familias. Una vez distribuidos los alumnos en el grupo alumnos TDAH no diagnosticados y en el grupo de alumnos sin ningún tipo de problemática, así como llevado a cabo su emparejamiento por edad y por sexo, se llevó a cabo el siguiente protocolo.

Con los alumnos se llevó a cabo la cumplimentación del Cuestionario de Estrés Infantil Autopercebido. Este instrumento tiene un formato de autoinforme, aunque debido a las edades de los niños se optó por aplicarlo de manera individual en un modelo de entrevista. A cada niño se le pregunto sobre cuestiones relacionadas con su salud, su familia y el colegio. Se les tranquilizo explicándoles que no eran preguntas complicadas con el objeto de obtener la mayor veracidad en las respuestas. Una vez daba comienzo la aplicación se les preguntaba una a una cada pregunta del instrumento, además de presentarles un dibujo relacionado con la pregunta realizada para facilitarles la comprensión de la misma (Ver apéndice 2).

A continuación se expone un ejemplo de la aplicación de un ítem correspondiente a la dimensión de salud, “recientemente me han llevado a urgencias del hospital”.

*- Dime si te ocurren alguna de estas cosas que te voy a preguntar*

*(Se le presenta el dibujo correspondiente al ítem)*

*- Hace poco han llevado a este niño a urgencias del hospital, ¿Te ha pasado a ti igual?, ¿Te han llevado hace poco al hospital?*

*- ¿Sí o No? Procediendo a la anotación de la respuesta del alumno.*

A las familias se les preparo un dossier con los instrumentos Parental Stress Index (Abidin, 1990), y el Inventario de Prácticas de Crianza (Bauermeister, et al. (1996). Se les ofreció una información sobre la cumplimentación de los mismos, resolviendo todas las dudas que se planteaban sobre los mismos. Además se estableció la posibilidad de establecer contacto directo en el caso de que así fuera necesario. Por último se determinó una fecha para su devolución cumplimentados a los tutores en unos casos y en la secretaría de los centros en otros.

#### **4.4. Diseño**

Este es un estudio de casos y controles pareado por edad y por sexo. Los casos fueron seleccionados según puntuación del C-TRF y TRF escalas DSM (Achenbach y Rescorla, 2001) como alumnado con riesgo de padecer

sintomatología TDAH. En este estudio se han realizado dos tipos de análisis:

1) Un análisis de las diferencias de medias entre el grupo de alumnos con riesgo de padecer sintomatología TDAH y el grupo control mediante la utilización del paquete estadístico SPSS Statistics 22.0; 2) Un análisis de regresión logística comparativa de las variables que pueden llegar a predecir la presencia de sintomatología de TDAH, mediante la utilización del Lenguaje de programación “R” versión 3.0.0.

## 5. Resultados

### Análisis de medias.

En las tablas 30 a la 34 se presentan los resultados de los análisis descriptivos de los instrumentos utilizados, el Cuestionario de Estrés Infantil Autopercebido, el Parent Stress Index y el Inventario de Practicas de crianza. En las mismas tablas se muestran la media y desviación típica y los resultados de la comparación de grupo TDAH y Grupo control.

Dentro de la dimensión de estrés autopercebido observamos diferencias significativas en las subescalas del estrés de la escuela entre el grupo de niños TDAH comparado con el grupo control, mientras el estrés de salud y familia aunque muestren puntuaciones superiores no llegan a ser significativas.

**Tabla 30**

*Puntuación de la dimensión de Estrés Autopercebido según Cuestionario de Estrés Infantil Autopercebido (CEIA)*

	TDAH				
	Sin diagnóstico		Control		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
Estrés Autopercebido Total	7.03	3.44	4.67	3.39	0.010*
Estrés Salud	2.07	1.07	1.50	1.22	0.062.
Estrés Escuela	2.07	1.56	1.07	1.17	0.007**
Estrés Familia	2.90	1.72	2.10	1.67	0.076.

\**p* < .05. \*\**p* < .01.

En referencia a los estilos parentales observamos una importante diferencia en el estilo coercitivo entre los niños TDAH sin diagnóstico clínico y los niños del grupo control, sin embargo no hay ninguna diferencia entre los dos grupos de en la aceptación- sensibilidad, que incluyen estrategias de aprobación, aconsejar, motivación, empatía y de afecto. El estilo utilizado por los padres de niños TDAH se caracteriza por una aplicación del estilo parental de coerción, la retirada de afecto y el control de la conducta mediante el castigo corporal, insultos, gritos, etc.

**Tabla 31**

*Puntuación de las dimensiones de Estilos Parentales del Inventario de Prácticas de Crianza (IPC)*

	TDAH				
	Sin diagnóstico clínico		Control		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
Coerción	12.17	6.51	6.67	2.96	<0.001***
Aceptación Sensibilidad	38.40	12.46	39.97	7.89	0.563

\*\*\**p* < .001.



Los resultados del estrés familiar, muestran diferencias significativas entre ambos grupos de padres. Los padres de niños TDAH presentan mayor estrés parental que los padres de niños sin ningún tipo de trastornos, lo que influye directamente en su rol como padres. También encontramos diferencias significativas en las dimensiones que lo forman, ya que los padres de niños TDAH presentan mayor estrés en cuanto al dominio niño lo que conlleva que el niño con TDAH es un niño de difícil manejo, originando restricciones en su función de padres, llegando incluso a no verse competentes para educar a sus hijos con respecto al grupo control. El dominio padres también presenta diferencias significativas entre los padres de niños TDAH y los padres del grupo control, esto implica que el origen del estrés y potencial disfunción de la relación padres-hijo podrían encontrarse en los índices del funcionamiento de los padres. Estos pueden expresar sentimientos de incapacidad de realizar bien su tarea como madre o como padre. En cuanto al Estrés Vital no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos.

**Tabla 32***Puntuación del Estrés Familiar Total del Parental Stress Index (PSI)*

	TDAH				
	Sin diagnóstico clínico		Control		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
Estrés Parental Total	245.73	52.24	209.10	45.16	0.005**
Dominio Niño Total	115.57	25.48	96.03	24.01	0.003**
Dominio Padres Total	130.17	29.92	113.07	24.05	0.018*
Estrés Vital Total	8.60	11.08	6.38	6.68	0.357

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

Para exponer mejor la implicación del estrés percibido en ambos dominios se exponen a continuación los resultados obtenidos dentro de cada dominio del PSI.

Los resultados del dominio niño, nos muestran como el estrés sufrido por los padres de niños TDAH es significativo, a diferencia del grupo control en cuanto a aspectos relacionados con la Distraibilidad /Hiperactividad lo que implica que el niño despliega conductas propias del TDAH, que tienen un gran impacto tanto en la calidad de vida de la familia como en el propio niño. Refuerzo a padres, lo que se relaciona con el tipo de refuerzo que reciben los padres de la relación con sus hijos. No reciben refuerzos positivos de sus hijos, por lo que pueden sentirse rechazados por sus hijos, creando sentimientos negativos autopercebidos influyendo de forma negativa en el vínculo padres/hijos. En Estado de Ánimo que conlleva la presencia de problemas afectivos o incluso un deterioro del apego la familia del grupo TDAH presenta puntuación más alta. En último lugar con una mayor significatividad la Aceptabilidad lo que origina que no haya una coincidencia de las expectativas que tienen los padres sobre el niño, y los comportamientos y características de los hijos en comparación con el grupo de padres de niños y niñas sin sintomatología. En cuanto a la Adaptabilidad que implica que los niños no se adaptan bien a los cambios físicos o sociales de su desarrollo, y la Exigencia que conlleva que los niños plantean demasiadas exigencias en el día a día, no

se encuentran diferencias significativas en este dominio entre ambos grupos de padres con y sin trastorno.

**Tabla 33**

*Puntuación del dominio Niño del Parental Stress Index (PSI)*

	TDAH				<i>p</i>
	Sin diagnóstico clínico		Control		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Distraibilidad Hiperactividad	25.87	5.50	22.60	5.76	0.028*
Refuerzo Padres	14.73	4.14	11.93	2.91	0.004**
Estado de Ánimo	12.40	4.18	9.83	3.52	0.013*
Aceptabilidad	16.67	6.37	11.50	4.61	<0.001***
Adaptabilidad	25.67	7.63	22.30	6.37	0.069.
Exigencia	20.23	5.32	17.87	5.40	0.093.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

Los resultados del dominio padre, nos muestran como el estrés sufrido por los padres de niños TDAH es estadísticamente significativo con diferencia con el grupo control, en cuanto a aspectos relacionados con el Apego lo que implica que los padres no tienen un sentimiento de proximidad con sus hijos o que los padres no tienen una percepción real de ser capaces de observar y comprender las necesidades o los sentimientos de su hijo. Y también demuestran depresión lo que ocasiona que los padres no puedan activar la energía psíquica y física necesaria para cumplir con sus responsabilidades. No se encuentran diferencias significativas entre los padres de los niños TDAH y los padres del grupo control, en cuanto a competencia, restricción de papel, relaciones de pareja, aislamiento y salud.

**Tabla 34***Puntuación del dominio Padres del Parental Stress Index (PSI)*

	TDAH				
	Sin diagnóstico clínico		Control		
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
Competencia	32.03	6.01	29.70	6.70	0.161
Apego	15.20	6.29	11.33	3.91	0.006**
Restricción de papel	18.47	5.46	15.97	5.05	0.071.
Depresión	22.07	6.39	18.87	4.29	0.027*
Pareja	16.73	7.07	14.40	5.07	0.147
Aislamiento	14.37	6.31	12.43	3.51	0.148
Salud	11.30	3.25	10.37	3.51	0.290

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

### Análisis de regresión

En el análisis de regresión logística comparativa de las variables que pueden predecir la presencia de sintomatología de TDAH, los resultados muestran que tanto el sufrir un estrés autopercebido por parte del niño, como un estilo paterno de coerción, así como el estrés sufrido por los padres en cuanto a la presencia de un niño de difícil manejo, restricciones en el rol parental, una percepción por parte de los padres de una pérdida de competencia en la educación de los hijos, se asocian en el presente estudio como predictores de la presencia de sintomatología TDAH.

**Tabla 35**

*Resumen del análisis de regresión logística condicional*  
*Variables que pronostican la presencia de TDAH no clínico*

	<i>OR</i>	<i>IC95%</i>	<i>p</i>
Estrés Autopercebido	1.18	1.004-1.387	0.0446*
Coerción	1.466	1.079-1.99	0.0144*
Aceptación Sensibilidad	0.98605	0.9394-1.035	0.57
PSI Total	1.014	1.002-1.027	0.0245
Dominio Niño	1.029	1.004-1.005	0.022*
Dominio Padres	1.022	1.0-1.045	0.0465

\*  $p < .05$ .

Por tanto este estudio presenta resultados propios del síndrome TDAH a pesar de que la muestra no está diagnosticada clínicamente pero si muestra sintomatología TDAH. En el análisis de medias se han mostrado evidencias de diferencias entre ambos grupos también en la misma línea que estudios que han trabajado con niños y niñas diagnosticados clínicamente de TDAH. El presente estudio aporta como novedoso la evaluación del estrés diario autoinformado por los propios niños y niñas.

## 6. Discusión

El primer estudio ha consistido en la detección de alumnado de riesgo de sufrir algún trastorno en una población escolar no diagnosticada, realizando una descripción de la prevalencia de los mismos en cuanto a problemas tanto internalizantes como externalizantes, además se han determinado la prevalencia de trastornos con posibilidad de realizar un diagnóstico formal con

criterios DSM (Achenbach y Rescorla, 2001). Por tanto este primer estudio ha permitido seleccionar una muestra de niños y niñas que cumplen criterios de TDAH susceptibles de ser diagnosticados más completamente hasta llegar a tener un diagnóstico formal que se han pareado con alumnos de su misma edad y sexo sin ningún tipo de problemática. Por lo que hay dos grupos control y TDAH.

El segundo estudio ha consistido en la evaluación de las variables predictoras de la presencia del TDAH en dicha muestra. Las variables predictoras han sido: cómo percibe el estrés cotidiano autopercebido tanto a nivel escolar, familiar y de salud (Trianes, 2002), el estilo parental, así como el estrés familiar. La mayoría de la investigación se ha centrado en niños clínicamente diagnosticados, por lo que el presente estudio además de aportar información sobre niños no diagnosticados clínicamente, aporta una visión del propio niño TDAH del estrés cotidiano sufrido que ha sido poco estudiado hasta hoy en la literatura específica.

Los niños no presentaron ningún problema o dificultad a la hora de contestar las pruebas. Los centros escolares participantes se mostraron muy colaborativos ya que obtuvieron beneficios de dicha colaboración. Se les devolvió una información óptima relativa a cada niño o niña que ellos deseaban para desarrollar intervención o tratamiento en el aula. Es de destacar la

participación del profesorado ya que era la primera vez que se hacía una evaluación de conductas observables a nivel psicopatológico a todo el alumnado del centro. Ello implicaba que el profesor debía rellenar un cuestionario de cada alumno o alumna lo que hicieron sin poner ninguna traba.

En primer lugar se comentan los resultados de la variable estrés cotidiano de los niños y niñas. Los distintos ámbitos de la prueba arrojan puntuaciones diferentes. En la puntuación total de la prueba el grupo TDAH así como en la puntuación del dominio escuela muestran una puntuación significativamente superior a la del grupo control. Este resultado revela que sufrir TDAH puede asociarse a sufrimiento, ansiedad, principalmente en el contexto escolar en el que el niño o niña con TDAH se enfrenta a normas y demandas no adaptadas a sus necesidades lo que puede generar estrés por no poder cumplir con dichas normas o demandas, influyendo en su sentimiento de autoeficacia (Blackman, Ostrander, y Herman, 2005; DuPaul, McGoey, Eckert, y Van Brakle, 2001; Miranda et al., 2005) Véase en cambio que en el dominio familiar el niño o niña TDAH no presentan tanta tensión puesto que un fallo en este dominio puede no tener las mismas consecuencias negativas que tiene en el escolar y además porque puede que los padres estén bien orientados y formados que ayuden al niño niñas a relajarse y a modular la respuesta producida por la desinhibición propia del trastorno (Heath, Curtis, Fan, y McPherson, 2015; Benedetto y Ingrassia (2013)

En cuanto a los estilos parentales, según bibliografía se había previsto en las hipótesis que sería el estilo coercitivo el propio de padres de niños y niñas con TDAH. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto como el estilo parental coercitivo es el estilo más utilizado por los padres de niños TDAH sin diagnóstico clínico en comparación con los padres de niños sin ningún tipo de problemática. Los resultados obtenidos correlacionan con la caracterización del estilo parental encontrada en estudios de estilos parentales de niños TDAH con diagnóstico clínico. Grau (2006) lo considera un estilo disfuncional de paternidad, que afecta a los progenitores de los niños con TDAH sobre todo por los problemas de crianza que presentan los niños con esta problemática. Benedetto y Ingrassia (2013) describen que los padres TDAH a lo largo de la crianza de sus hijos manifiestan relaciones transaccionales fallidas, lo que genera un aumento del estrés parental y prácticas parentales de crianza inconsistentes y coercitivas.

En cuanto al estrés parental, resultan diferentes significativamente las puntuaciones del Total, dominio niño y dominio padres. La interpretación de este resultado es vislumbrar el estrés y la angustia que sufren los padres con niño o niña con esta sintomatología. A continuación se verán los contenidos de ambos dominios para comprender mejor las dificultades de las familias. Para terminar este comentario decir que respecto al estrés vital no hay diferencias.



En cuanto al dominio niños, los padres TDAH demuestran más puntuación significativamente en las variables distraibilidad / hiperactividad. Hay que tener en cuenta que la mayor puntuación implica que estos padres reciben un menor refuerzo por parte de sus hijos e hijas con TDAH; que presentan un peor estado de ánimo y menor aceptabilidad de las características de los hijos por parte de los padres. Demuestran estos resultados que los padres TDAH pueden encontrarse abrumados y con difícil aceptación del hijo o hija por haber defraudado sus expectativas iniciales (Benedetto y Ingrassia, 2013; Hurt, Hoza, y Pellham, 2007; Johnston y Jassy, 2007). Afecta al estado de ánimo por lo que pueden tener riesgo de depresión porque no se ven competentes para educar correctamente a sus hijos con TDAH (Benedetto y Ingrassia, 2013; Heath et al., 2015; Miranda et al., 2015). Tampoco encuentran gratificante la interacción día a día con su progenie (Hurt, Hoza, y Pellham, 2007; Keown, 2012; Scaramella, y Leve, 2004).

En cuanto al dominio padres presentan el grupo TDAH más puntuación en cuanto a falta de apego, y depresión. Ahí puede haber una visión alterada del vínculo padres/ hijos debido a la falta de apego que trastoca la satisfacción vital y las interacciones padres/hijos. Los padres pueden percibir una inhabilidad para satisfacer las demandas de sus hijos así como de no hacer frente a sus propias responsabilidades mostrando una sintomatología depresiva que pudiera ser un predictor del estrés parental (Deault, L. C., 2010; Pressman,

Loo, Carpenter, Asarnow, Lynn, McCracken, MCGough, Lubke, Yang, y Smalley, 2006; Theule et al., 2012).

En cuanto a la predicción de la sintomatología TDAH a partir de las variables de estrés y de estilos de educación o crianza la regresión muestra que tanto el estrés autopercebido, como el estilo coercitivo, el estrés familiar total, y el de dominio niño son variables con fuerte asociación con la sintomatología del TDAH. Ya se ha comentado como cada una de estas variables presenta fuerte asociación con el TDAH en investigaciones especializadas (Deault, 2010; Grau, 2007; Miranda et al., 2015; Theule et al., 2012; Theule et al., 2011).

Las aportaciones de esta tesis van en línea con la bibliografía especializada sin mostrar ninguna contradicción con la misma. Como aportación propia la demostración inequívoca de que los niños TDAH sufren estrés diario autopercebido. Aquí hay una cierta falta de estudios y el presente puede contribuir con una prueba de estrés ideada para edades de 5 años que se inspira en el IECI (Trianes et al., 2010). Esta prueba puede ser publicada para que sea una herramienta para clínicos y educativos que necesiten evaluar el estrés en niños pequeños. Otra aportación de esta tesis es el estudio epidemiológico de la primera parte que arroja información muy útil para clínicos, maestros y psicólogos educativos.

En el ámbito de la prevención y en cuanto a lo expuesto, juega un papel relevante la determinación de variables predictoras de la sintomatología del TDAH. En la presente tesis se ha utilizado la metodología ASEBA que incluye pruebas de espectro amplio que permiten valorar la presencia o no de sintomatología psicopatológica. Ahora bien, esta metodología es una herramienta que se aplica junto a un protocolo de aplicación que es original del autor de esta tesis y que puede consultarse en el apéndice 3.

La prevención temprana implica minimizar los efectos de la sintomatología del propio trastorno en los propios niños y sus familias. El presente estudio se centra en la prevención temprana ya que se ha centrado en niños y familias que aún no han solicitado atención, o aún no ven como problemática su interacción, por lo que es en este punto donde mayor eficacia puede tener cualquier programa dirigido a paliar los posibles efectos de la sintomatología del TDAH. La prevención por tanto puede abarcar los contextos en los que el niño se desarrolla, tanto el contexto escolar como familiar. En el contexto escolar se está desarrollando actualmente por parte del autor de esta tesis una investigación apoyada por el CEP de Motril que desarrolla un programa de prevención y detección de alumnado de riesgo que cubre desde educación infantil hasta 6º de educación primaria.

Como limitaciones se puede ampliar la muestra del primer estudio aunque el N conseguido de 474 es bastante común en otros estudios epidemiológicos. En el segundo estudio cabe superar la limitación del tamaño de la muestra que ha impedido estudiar otras diferencias y otros factores.

Para el futuro seguir trabajando en la prevención e intervención del alumnado de riesgo de TDAH y de otras sintomatologías asociadas en población escolar normalizada, para que sirva para el maestro en su día a día como docente. El tratamiento más eficaz del TDAH es la prevención con formación tanto de padres como de maestros que proporcionen al niño o niña un contexto educativo seguro y comprensivo en sus demandas. El autor de la presente tesis al ser clínico/educativo con consulta especializada en el TDAH puede beneficiarse desde el primer momento del estudio para diseñar sus tratamientos y programas de intervención familiar y escolar, ya que posee unos sólidos contactos con los centros escolares de la ciudad.

## III. REFERENCIAS



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

### III. REFERENCIAS

- Abidin, R.R. (1995). *Parent Stress Index (PSI)*, 3<sup>rd</sup> Ed. Psychological Assessment Resources, Inc. PAR.
- Achenbach, T.M. (1991c). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., y Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M., y Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs*, 80, 1-37.

- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Review*, 85, 1275-1301.
- Achenbach, T. M., Conners, C. K., Quay, H. C., Verhulst, F. C. y Howell, C. T. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 299-323.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the for the Teacher's Report Form and profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (2013). *DSM-oriented guide for the ASEBA*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1987). *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.



Achnbach. T. M., y Ezpeleta, L. (2014). Modelos de clasificación en psicopatología. En L. Ezpeleta y J. Toro (Coords.). *Psicopatología del desarrollo* (pp. 53-71). Madrid: Pirámide.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª Ed., Text Revision (DSM IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2003). DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª Ed. (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatry Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington. DC: Author.

Anastopoulos, A. D., Hennis, L. y Farley, S. E. (2006). Counseling and training parents. En R. A. Barkley (Ed.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*.

*A handbook for diagnosis and treatment (3ª Ed.)* (pp. 453-459). New York: Guilford.

Anderson, S. B., y Guthery, A. M. (2015). Mindfulness-Based Psychoeducation for parents and children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An applied clinical project. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28, 43–49.

Angold, A. y Costello, E. J. (2005). Epidemiología del desarrollo: la naturaleza del riesgo en los trastornos psiquiátricos. En L. Ezpeleta (Ed.). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 21-52). Barcelona: Masson.

Argimon, J. Mª. y Jiménez, J. (2006). *Métodos de investigación clínica y epidemiología* (3ª ed.). Madrid: Elsevier.

Arnold, D. S., O'Leary, G. O., Wolff, L. S., y Acher, M. M. (1993). The parenting scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144.

Bannatyne, A. (1974). Diagnosis: a note on recategorization of the WISC scaled scores. *Journal of Learning Disabilities*, 7, 272-274.

Barbarese, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Pankratz, S., Weaver, A. L. Weber, K. J., et al. (2002). How common is attention-deficit/hyperactivity

disorder: Incidence in a population-based birth cohort in Rochester, Minn.

*Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 217 -224.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (1997b). Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and time: Toward a more comprehensive theory. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18(4), 271-279.

Barkley, R. A. (1998). A theory for ADHD: Inhibition, executive functions, self-control and time. En *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2<sup>a</sup> ed.) (pp.225-262). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2<sup>a</sup> ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2001). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades*. Barcelona: Círculo de Lectores.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3<sup>a</sup> ed.). New York: Guilford Press.

- Barkley, R. A. (2006). Comorbid disorder, social and family adjustment, and subtyping. En R. A. Barkley (Ed.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment (3ª Ed.)* (pp.184-218). New York: Guilford.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. y Bauermeister, J. J. (1998). *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Un manual de trabajo clínico*. New York: The Guilford Press.
- Bauermeister, J.J., Salas, C.C., Matos, M., Reina, G., Ávila, D., Martínez, J. y Bernal, G. (1996). *Measures of parenting practices and stress in Hispanic families: The Parent Practices Inventory and Family Experiences Scale*. Sesión de cartel presentada en la octava Conferencia Anual de Children and Adults with Attention Deficit Disorder (C.H.A.D.D.).
- Beck, S. J., Young, G. H., y Tarnowski, K. J. (1990). Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyperactives and normal controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 558-565.
- Benedetto, L. y Ingrassia, M. (2013). Parent perceived control and stress in families of children with Attention-Deficit/Hyperactive Disorder. *Life Span and Disability XVI, 1*, 39-55.

- Blackman, G. L., Ostrander, R. y Herman K. C. (2005). Children with ADHD and depression: a multisource, multimethod assessment of clinical, social and academic functioning. *Journal of Attention Disorders*, 8, 195-207.
- Breen, M. J. y Barkley, R. A. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having Attention Deficit Disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 265-280.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Brown, R. T., Freeman, W. S., Perrin, J. M, Stein, M. T., Amler, R. W. Feldman, H. M., et al. (2001). Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care setting. *Pediatrics*, 107, 1– 11.
- Brown, T. E. (2003). Intervenciones psicosociales en los trastornos por déficit de atención y trastornos comórbidos. En T. E. Brown. *Trastornos por déficit de atención y comorbilidad en niños, adolescentes y adultos* (pp. 537-568). Barcelona: Masson.
- Brown, T. E. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidad en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Masson.
- Brown, T. y Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the Fifth Edition of the Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*. 4(114), 551-556.

Cairns, E. D. y Cammock, J. (2002). *MFF-20. Test de Emparejamiento de Figuras Conocidas 20*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Carballo, J. J., Serrano, E., García, R., Díaz, D. N., Pérez, M., Molina, C., Baca, E. (2014). Prevalence and correlates of psychopathology in children and adolescents evaluated with the strengths and difficulties questionnaire dysregulation profile in a clinical setting. *Psychopathology*, 47(5), 303-11.

Cardo, E. y Servera, M. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*. 40(Supl.1), S11-S15.

Cardo, E., Servera, M. y LLobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44(1), 10-14.

Catwell, D. P. (1996). Classification of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 3-12.

Cicchetti, D. y Toth, S. L. (1991). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. En D. Cicchetti y S. L. Toth

(Eds.), *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (pp. 11-19). New York: Erlbaum.

Cicchetti, D. y Toth, S. L. (1997). *Developmental perspectives on trauma: Theory, research and intervention*. Rochester, NY: Rochester University Press.

Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., et al. (1993). The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10), 1013-1022.

Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7, 275-302.

Conners, C. K. (1995). *The Conners Continuous Performance Test*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Conners, C. K. (1997). *Conner's Rating Scales-Revised technical Manual*. North Tonawanda, N.Y.: Multi-Health Systems.

Conners, C. K. (2003). *Conners' Rating Scales-Revised*. New York: Multi-Health Systems Inc.

- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A. y Epstein, J. N. (1998). Revision and restandardization of the Conner's Teacher Rating Scales (CTRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 565-569.
- Corkum, P. V., y Siegel, L. S. (1993). Is the continuous performance task a valuable research tool for use with children with attention-deficit-hyperactivity disorder? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1217-1239.
- Cortés, A. (2006). Una mirada comprensiva del TDAH: El camino hacia su evaluación y diagnóstico. En J.F. Guerrero (Coord.), *Creatividad, ingenio e hiperconcentración: las ventajas de ser hiperactivo (TDAH)* (pp. 111-135). Málaga: Aljibe.
- Cortés, A.; Trianes, M.V. (2005, marzo). La *Teoría de la Mente en niños con TDAH*. Comunicación presentada al Primer Congreso Nacional de TDA-H. Valencia.
- Costello, E. G., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescent. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.



Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests.

*Psychometrika*, 16, 33-42.

Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner,

M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen,

H.C., Taylor, E., Zuddas, A., y Coghill, D. (2010). *European Child and*

*Adolescent Psychiatry*, 19, 83-105.

Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner,

M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen,

H.C., Taylor, E., Zuddas, A., y Coghill, D. (2010). *European Child and*

*Adolescent Psychiatry*, 19, 83-105.

Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to a

development of comorbidities and functional impairments in children with

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry &*

*Human Development*, 41, 168-192.

DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1982).

Relationship of daily hassles, uplifts, and mayor life events to health status.

*Health Psychology*, 1, 119-136.

- Denckla, M. B. (1996). Research on executive function in a neurodevelopmental context: Application of clinical measures. *Developmental Neuropsychology*, 12, 5-15.
- Dickey, J. P. y Henderson, P. (1989). What young children say about stress and coping in school. *Health Education*, 20, 14-17.
- Douglas, V. I. (1979). Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children. En G. A. Hale y M. Lewis (Eds.), *Attention and the developments of cognitive skills* (pp.173-248). New York: Plenum Press.
- Douglas, V. I. (1980b). Treatment and training approaches to hyperactivity: Establishing internal or external control. En C. Whalen y B. Henker (Eds.), *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment* (pp. 283-318). New York: Academic Press.
- Douglas, V. I. (1983). Attention and cognitive problems. En M. Rutter (Ed.), *Developmental neuropsychiatry* (pp. 280-329). New York: Guilford Press.
- Douglas, V. I. (1988). Cognitive deficits in children with attention deficit disorder with hyperactivity. En L. M. Bloomingdale y J. Sergeant (Eds.), *Attention Deficit Disorder. Criteria, cognition, intervention* (pp. 65-82). Oxford: Pergamon Press plc.

- Douglas, V. I. (2005). Cognitive deficits in children with attention deficit hyperactivity disorder: A long-term follow-up. *Canadian Psychology*, 46(1), 23-31.
- Douglas, V. I. (1980a). Higher mental processes in hyperactive children: Implications for training. En R. Knights y D. Bakker (Eds.), *Treatment of hyperactive and learning disorder children* (pp. 65-92). Baltimore: University Park Press.
- DuPaul, G.J., McGoey, K. E., Eckert, T. L. y Van Brakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairment in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- Durlak, J. A. (1995). *School-based prevention programs for children and adolescents*. Thousand Okas: Sage.
- Durlak, J. A. y Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Ezpeleta, L. (2005). Prevención en psicopatología del desarrollo. En L. Ezpeleta (Ed.). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. (págs. 3-18). Barcelona: Masson.

- Fallin, K., Wallinga, C. y Coleman, M. (2001). Helping children cope with stress in the classroom setting. *Childhood Education*, 78 (1), 17-24.
- Fierro, A. (2002). *Personalidad, persona, acción. Un tratado de Psicología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 337-346.
- Frazier, T. W., Demaree, H. A., y Youngstrom, E. A. (2004). Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 18, 543-555.
- Golden, C. J. (1978). *Stroop Color and Word Test. A Manual for Clinical and Experimental Use*. Chicago: IL, Stoelting.
- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports*, 98, 107-109.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J. Steinberg y M. Silverman, (Eds.), *Preventing mental disorders* (págs. 20-26). Rockville: MD: Departament of Health and Human Service.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D. y Halpert, J. A. (2003). Stressors and Child and Adolescent

Psychopathology: Moving From Markers to Mechanisms of Risk.

*Psychological Bulletin*, 129 (3), 447-466.

Grau Sevilla, M. D. (2007). *Análisis del contexto familiar en niños con TDAH*.

(Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia.

Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry in to the function of septo-hippocampal system*. New York: Oxford University Press.

Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. New York: Cambridge University Press.

Greenberg, L. M. y Waldman, I. D. (1993). Developmental normative data on the Test of Variables of Attention (TOVA). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4, 1019-1030.

Haggerty, R. J. (1986). Stress and illness in children. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 62, 707-718.

Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Garmezy, N. y Rutter, M. (1994). *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Harrington, R. (2001). Developmental continuities and discontinuities. *British Journal of Psychiatry* (179), 189-190.
- Heath, C. L., Curtis, D. F., Fan, W. y McPherson, R. (2015). The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry Human Development*, 46, 118-129.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L. y cols. (2001). *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin. 2ª Edición*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Hernández, M. y López, S. (2007). Diseño de estudios epidemiológicos. En M. Hernández (Ed.), *Epidemiología. Diseño y análisis de estudios* (pp. 17-32). México: Editorial Médica Panamericana.
- Hoza, B., Pelham, W. E., Dobbs, J., Owens, J. S., y Pillow, D. R. (2001). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2 (111), 268-278.
- Hurt, H. A., Hoza, B. y Pellham W. E. (2007). Parenting, family loneliness, and peer functioning in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 413-424.

- Iaboni, F., Douglas, V. I., y Baker, A. G. (1995). Effects of reward and response costs on inhibition in ADHD children. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(1), 232-240.
- Institute of Medicine. (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Johnston, C., y Jassy, J. S. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional/Conduct Problems: Links to Parent-Child Interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 16*(2), 74-79.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. y Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 1-39.
- Kanner, A. D., Feldman, S. S., Weinberger, D. A. y Ford, M. E. (1987). Uplifts, hassles and adaptational outcomes in early adolescents. *Journal of Early Adolescence, 7*, 371-394.
- Keown, L. J. (2012). Predictors of boys' ADHD symptoms from early to middle childhood: the role of father-child and mother-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 569-581.

- Krueger, R. F. y Piasecki, T. M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 485-499.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to emotion: A history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer. Versión española (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leidy, N. K., y Revicki, D. A. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value Health*, 2, 113-27.
- Lewis, M. (2000). Toward a development of psychopathology: Models, definitions, and prediction. En A. J. Sameroff, M. Lewis, y S. M. Miller, *Handbook of developmental psychopathology* (2 ed., págs. 3-22). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Lezak, M. D. (1995) *Neuropsychological Assessment*, 3<sup>rd</sup> Edition. New York: Oxford University Press.
- Logan, G. D. y Cowan, W. B. (1984). On the ability to inhibit thought and action: A theory of an act of control. *Psychological Review*, 91, 295-327.



- López, M. F., Compton, W. M., Grant, B. F., y Breiling, J. P. (2007). Dimensional approaches in diagnostic classification: a critical appraisal. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(1), 6-7.
- Martín, B. (2011). Investigación descriptiva. En Cubo, S., Martín, B. y Ramos, J. L. (Eds.), *Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud* (pp. 374-385). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mason, C. A. (2003). Developmental epidemiology: Issues, applications, and relevance for clinical child psychologists. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32 (2), 178-180.
- McConaughy, S.H. (2005). Direct observational assessment during test sessions and child clinical interviews. *School Psychology Review*, 34, 490-506.
- McConaughy, S.H., y Achenbach, T.M. (2001). Manual for the Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents (2nd ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- McConaughy, S.H., y Achenbach, T.M. (2004). Manual for the Test Observation Form for Ages 2-18. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

- McEwen, B. S. (2000). Allostasis and allostatic load: Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharma*, 22, 107-124.
- Miranda, A., Amado, L. y Jarque, S. (2001). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica. Málaga: Ediciones Algibe.
- Miranda, A., Colomer, C., Fernández, M. I., Presentación y Roselló, B. (2015). Analysis of personal and Family Factors in the persistence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Results of a prospective follow-up study in Childhood. *Journal PLoS ONE*, 10 (5): 1-16.
- Miranda, A., Jarque, S., y Tárraga, R. (2005). Escuela. En L. Ezpeleta (Ed.). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. (págs. 203-224). Barcelona: Masson.
- Miranda, A., Presentación, M. J., Colomer, C., y Roselló, B. (2011). Satisfacción con la vida de los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de neurología*, 52, S119-26.
- Offord, D. R., y Bennett, K. J. (2002b). Prevention. En M. Rutter, y E. Taylor, *Child and adolescent psychiatry* (4th ed., pp. 881-899). Oxford: Blackwell.
- Olds, M. E. (1981). The central basis of motivation: Intracarnial self-stimulation studies. *Annual Review Psychology*, 32, 523-574.

- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2003). CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator.
- Osa, N. de la. (2004). CBCL/6-18. Inventario de conducta infantil de Achenbach. En R. Ballesteros (Ed.). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Parry, P. A., y Douglas, V. I. (1983). Effects of reinforcement on concept identification in hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11(2), 327.
- Pelham, W. E.; Fabiano, G. A. y Massetti, G. M. (2005). Evidence-Based Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (3), 449-476.
- Pennington, B. (2002). *The development of psychopathology. Nature and nurture*. New York : Guildford Press.

- Pfiffner, L. J., Barkley, R. A. y DuPaul, G. J. (2006). Treatment of ADHD in school settings. En R. A. Barkley (Ed.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment (3ª Ed.)* (pp. 547-589). New York: Guilford.
- Plomin, R., y Rutter, M. (1998). Child development, molecular genetics and what do with genes once they are found. *Child Development*, 69, 1223-1242.
- Presentación, M. J., García, R., Miranda, A, Siegenthaler, R. y Jara, P. (2006). Impacto familiar de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, 42 (3), 137-143.
- Pressman, L. J., Loo S. K., Carpenter, E. M., Asarnow, J. R., Lynn, D., McCracken, J., MCGough, J. J., Lubke, G. H., Yang, M. H., y Smalley, S. L. (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 45 (3), 346 – 354.
- Puente, R., Loro, M. y Quintero, F. J. (2009). Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: importancia de su diagnóstico. En F. J. Quintero, J. Correas y F. J. Quintero (Coords.). *Trastorno por déficit de*

*atención e Hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida (3ª Ed.)* (pp. 215-250). Barcelona: Elsevier-Masson.

Quay, H. C. (1997). Inhibition and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25 (1), 7-13.

Quay, H. C. y Peterson, D. R. (1993). *The Revised Behavior Problem Checklist: Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Reich, J. W. y Zautra, A. J. (1983). Demands and desires in daily life. *American Journal of Community Psychology*, 11, 41-58.

Rescorla, L.A. (2005). Assessment of Young Children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, 226-237.

Rey, A. (2003). *Test de copia y de producción de memoria de figuras geométricas complejas. 8ª Edición revisada y ampliada*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Reynold, C. y Kamphaus, R. (2004). *BASC. Behavior Assessment System for Children*. Madrid: TEA.

Reynolds, C. R. y Bigler, E. D. (2006). *TOMAL, Test de memoria y aprendizaje*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (2004). *Behavior Assessment System for Children (BASC): second edition manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.

Roberts, R. E., Attkinson, C. C., & Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* (155), 715-725.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. L., y Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38(4), 381-389.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Ratcliff, K. S., y Seyfried, W. (1982). Validity of the Diagnostic Interview Schedule, Version II: DSM-III diagnoses. *Psychological Medicine*, 12(4), 855-870.

Rohde, L. A., Biederman, J., Busnello, E. A., Zimmerman, H., Schimtz, M., Martins, S., et al. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: A study of prevalence, comorbid condition, and impairments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 716-722.

- Roselló, B., Amado, L. y Bo, R. M. (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastornos por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 1, 181-192.
- Rothbaum, F. y Weisz, J.R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in non-clinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 56-74.
- Rubio-Stipeć, M., Walker, A., Murphy, J., y Fitzmaurice, G. (2002). Dimensional measures of psychopathology. The probability of being classified with psychiatric disorder using empirically derived symptom scales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 553-560.
- Rutter, M. (1989). Attention deficit disorder/hyperactive kinetic syndrome: Conceptual and research issues regarding diagnosis and classification. En T. Sagvolden y T. Archer (Eds.), *Attention deficit disorder: Clinical and basic research* (pp. 1-24). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 23-51.
- Rutter, M. y Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concept and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265–296.

- Rutter, M., y Plomin, R. (1997). Opportunities for psychiatry from genetics findings. *British Journal of Psychiatry*, 171, 209-219.
- Sameroff, A. J. (1995). General systems theories and developmental psychopathology. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Manual of developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 659-695). New York: Wiley.
- Sameroff, A. J. (2000). Development Systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 297-312.
- Sameroff, A. J. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, 81, 6-22.
- Sameroff, A. J. (2014). A dialectic integration of development for the study of psychopathology. En M. Lewis y K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (pp. 25-43). New York: Springer.
- Sandi, C.; Venero, C. y Cordero, M. I. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados. Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento*. Barcelona: Ariel.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F., *Manual de Psicopatología* (Vol. 2, pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.



- Scaramella, L. V. y Leve, L. D. (2004). Clarifying parent-child reprocities during early chilhood: the early childhood coercion model. *Clinical Child Family Psychology Review*, 7, 89-106.
- Schachar, R. A., Mota, V. L., Logan, G. D., Tannock, R., y Paula K. (2000). Confirmation of an inhibitory control deficit in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, (3), 227-235.
- Schachar, R. J., Tannock, R. y Logan G. (1993). Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivy disorder. *Clinical Psychology Review*, 13, 721-739.
- Seidman, L. J., Biederman, J., Faraone, S. V., y cols. (1997). Toward defining a neuropsychology of attention deficit-hyperactivity disorder: performance of children and adolescents from a large clinically referred simple. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 65. 150-160.
- Seiffge-Krenke, I. (2007). *Stress, coping and depression*. Ponencia presentada en el Posgrado de Investigación en Procesos Básicos e Intervención en Psicología de la Salud, bienio 2006-2008, Universidad de Málaga, España.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.

Selye, H. (1956-1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Selye, H. (1974). *Stress without Distress*. Philadelphia: Lippincott.

Sergeant, J. (2000). The cognitive-energetic model: an empirical approach to Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 7-12.

Sergeant, J. (2005). Modeling Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A critical appraisal of the Cognitive-Energetic Model. *Biological Psychiatry*, 57, 1248-1255.

Servera, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Revista de Neurología*, 40(6), 358-368.

Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., y Davies, M. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(7), 865-877.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., y Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and

reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28-38.

Sonuga-Barke, E. J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactive disorder: From common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*, 57, 1231-1238.

Spirito, A., Stark, L. J., Grace, N. y Stamoulis, D. (1991). Common problems and coping strategies reported in childhood and early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 531-544.

Sroufe, L.A. y Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 5, 17-29.

Stewart, M. A. (1970). Hyperactive children. *Scientific American*, 222, 94-98.

Still, G. F. (1902). Some abnormal Psychological conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.

Stone, A. y Neale, J. M. (1984). Effects of severe daily events on mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 137-144.

Strayhorn, J. M. y Weidman, C.S. (1988). A Parent Practice Scale and its relation to parent and child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 613-618.

TEA. *Catálogo 2006-2015*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Teeter, P. A. (1998). *Interventions for ADHD. Treatment in developmental context*. New York: Guilford.

Theule, J., Wiener, J., Rogers, M. y Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and Contextual Factors. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 640-647.

Theule, J., Wiener, J., Tannock, R. M. y Jenkins, J. M. (2012). Parenting stress in families with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1): 3-17.

Thurstone, L. L. y Yela, M. (1988). *Caras, percepción de diferencias*. 6ª Edición. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Tobeña, A. (1997). *El Estrés Dañino*. Madrid: Aguilar.

Toro, J. y Cervera, M. (1995). *T.A.L.E. Test de análisis de Lectoescritura*. 4ª Edición. Madrid: Visor Distribuciones, S.A.

Toro, J. y Ezpeleta, L. (2014). La psicopatología del desarrollo. En L. Ezpeleta y J. Toro (Coords.). *Psicopatología del desarrollo* (pp. 33-51). Madrid: Pirámide.

- Trad, P. V. y Greenblatt, E. (1990). Psychological aspects of child stress: Development and spectrum of coping responses. En L. E. Arnold (Ed.), *Childhood stress* (pp. 24-49). New York: Wiley.
- Tredgold, A. F. (1908). *Mental deficiency (amentia)*. New York. Wood.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández Baena, F. J., Escobar, M. y Maldonado, E. F. (2011). *Inventario de Estrés Cotidiano Infantil*. Madrid: TEA Ediciones.
- Trianes, M. V. (2002). *Estrés en la infancia. Su prevención y tratamiento*. (2da. ed.). Madrid: Narcea.
- Tu, S. (2003). Developmental epidemiology: A review of three key measures of effect. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32 (2), 187-192.
- Walker-Barnes, C. J. (2003). Developmental epidemiology: The perfect partner for clinical practice. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32 (2), 181-186.
- Wechsler, D. (2001). *Wechsler Intelligenc Scale for Children – Revised*. 9ª Edición. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Wechsler, D. (2005). *Wechsler Intelligenc Scale for Children, Fourth Edition*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

- Weiss, G. y Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive children grown up. ADHD in children, adolescents, and adults*. (2<sup>nd</sup> Ed.). New York. Guilford Press.
- Wender, P. H. (1971). *Minimal brain dysfunction*. New York. Wiley.
- Willcut, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9, 490-499.
- Woodward, M. (1999). *Epidemiology: study design and data analysis*. Boca Raton, FL: Chapman y Hall/CRC.
- Zautra, A. J., Guarnaccia, A. y Dohrenwend, D. S. (1986). Measuring small events. *American Journal of community Psychology*, 12, 443-466.

# IV. APÉNDICES



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



## **IV. APÉNDICES**

- 1. Cuestionario Infantil de Estrés Autopercebido**
- 2. Cuadernillo de aplicación**
- 3. Programa de Detección y Prevención del Alumnado de Riesgo**



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

## 1. Cuestionario Infantil de Estrés Autopercibido

### CEIA

(CUESTIONARIO DE ESTRÉS INFANTIL AUTOPERCIBIDO)

Nombre y apellidos: _____		
Edad: _____	Colegio: _____	Curso: _____

Señalar, de las situaciones que aparecen a continuación las que le ocurren al niño, marcando con una **X SI** o **NO**.

ALIMENTACIÓN Y SALUD.	¿Te ocurren estas cosas?	
	SI	NO
<b>1. Recientemente me han llevado a Urgencias del Hospital.</b> Hace poco han llevado a este niño a Urgencias del hospital. ¿Te ha pasado a ti igual? ¿Te han llevado hace poco al Hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Con frecuencia me siento mal (dolor de cabeza, nauseas, etc.)</b> Ves aquí hay un niño enfermo. ¿Te ha pasado a ti igual? ¿Has estado mucho tiempo malo este curso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Me paso mucho tiempo sin hacer nada.</b> Este niño está en casa sin hacer nada. ¿Te ha pasado a ti igual? ¿Te pasas mucho tiempo sin hacer nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Me preocupa mi apariencia física.</b> Este niño esta preocupado porque no está guapo. ¿Te pasa a ti igual? ¿Te preocupa no estar guapo? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Me cuesta mucho concentrarme en una tarea.</b> A este niño le cuesta mucho estudiar porque se distrae pensando en otras cosas. ¿Te pasa a ti igual? ¿Te distraes mucho pensando en otras cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCUELA.	SI	NO
<b>1. Me lo paso bien en el colegio.</b> Este niño se lo pasa muy bien en el colegio pero hay niños que se lo pasan muy mal. ¿Te pasa a ti igual? ¿Cómo te lo pasas en el colegio, bien o mal? Se anota "si" si se lo pasa mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
<b>2. Este curso he cambiado de colegio.</b> Estos niños van ahora a un colegio nuevo. ¿Te ha pasado a ti igual? Es el primer año que has venido a este colegio? ¿Has cambiado de colegio este año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Normalmente saco malas notas.</b> Este niño ha sacado malas notas en el colegio. ¿Te pasa igual a ti? ¿Has sacado malas notas en el colegio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Tengo pocos amigos en el colegio.</b> Este niño no tiene amigos con quien jugar, no juega con sus compañeros. ¿Te pasa a ti igual? ¿No tienes amigos con quien jugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Me llevo mal con mis compañeros de clase.</b> Este niño se lleva mal con sus compañeros de clase. ¿Te pasa a ti igual? ¿Te llevas mal con tus compañeros de clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. En el colegio se meten mucho conmigo.</b> Los compañeros de este niño se meten mucho con él y le dicen cosas y lo insultan. ¿Te pasa a ti lo mismo? ¿Tus compañeros se meten contigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Me regañan/castigan mucho en clase.</b> A este niño sus profesores le regañan y le castigan mucho. ¿Te pasa a ti igual? ¿Tus profesores te regañan y te castigan mucho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

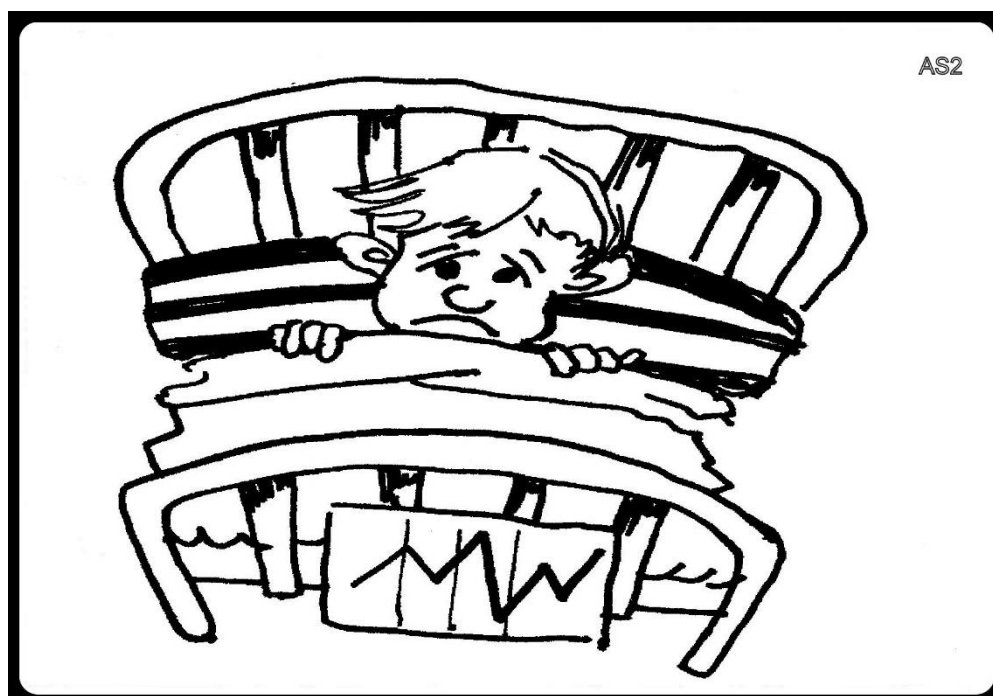
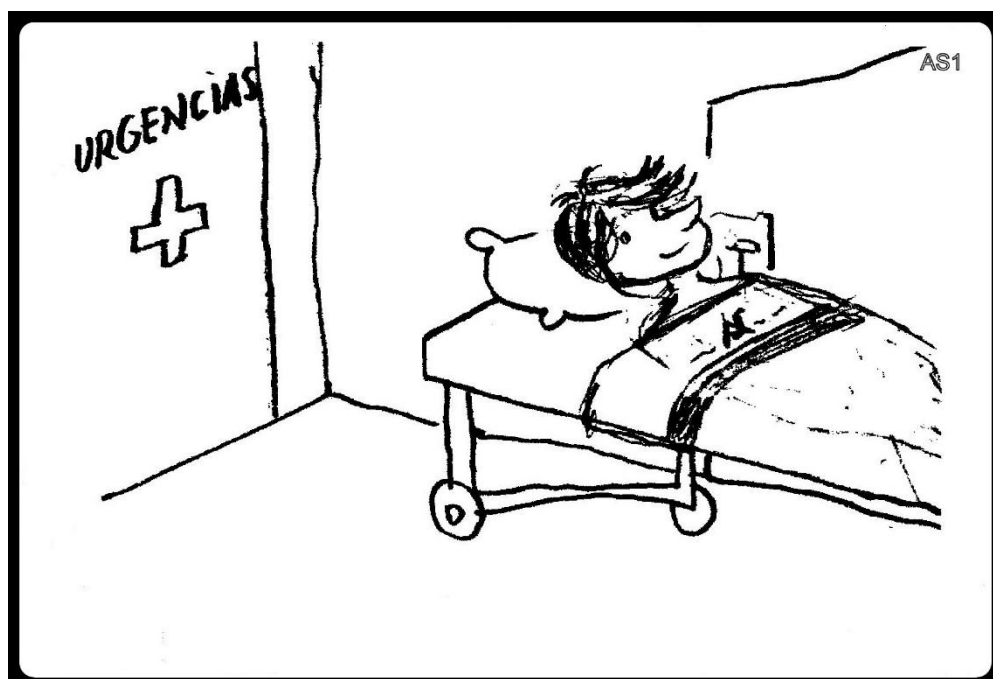
**FAMILIA**

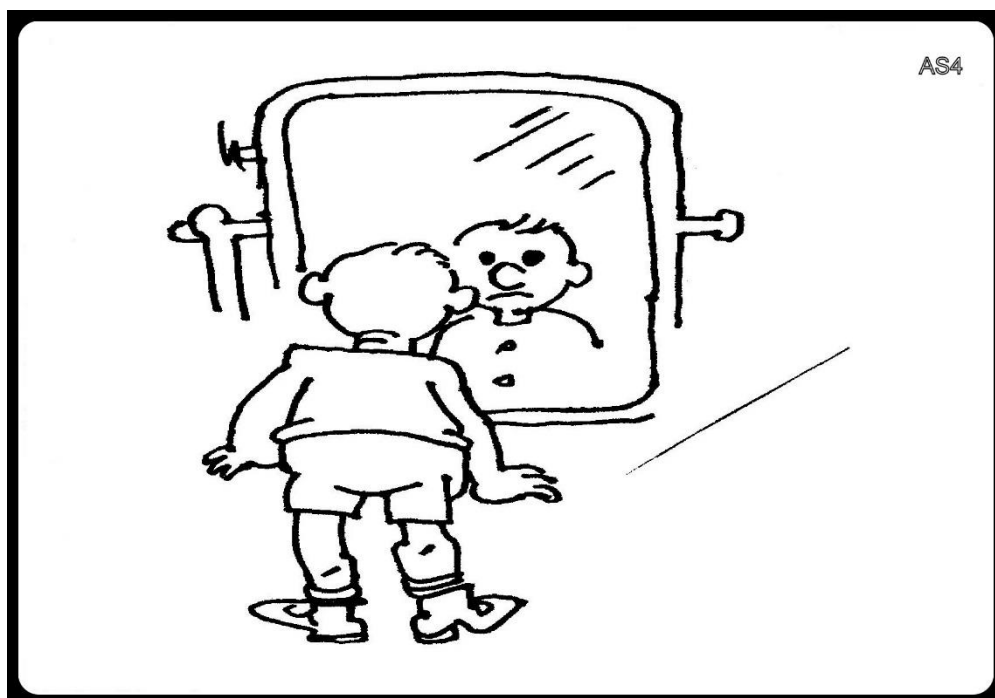
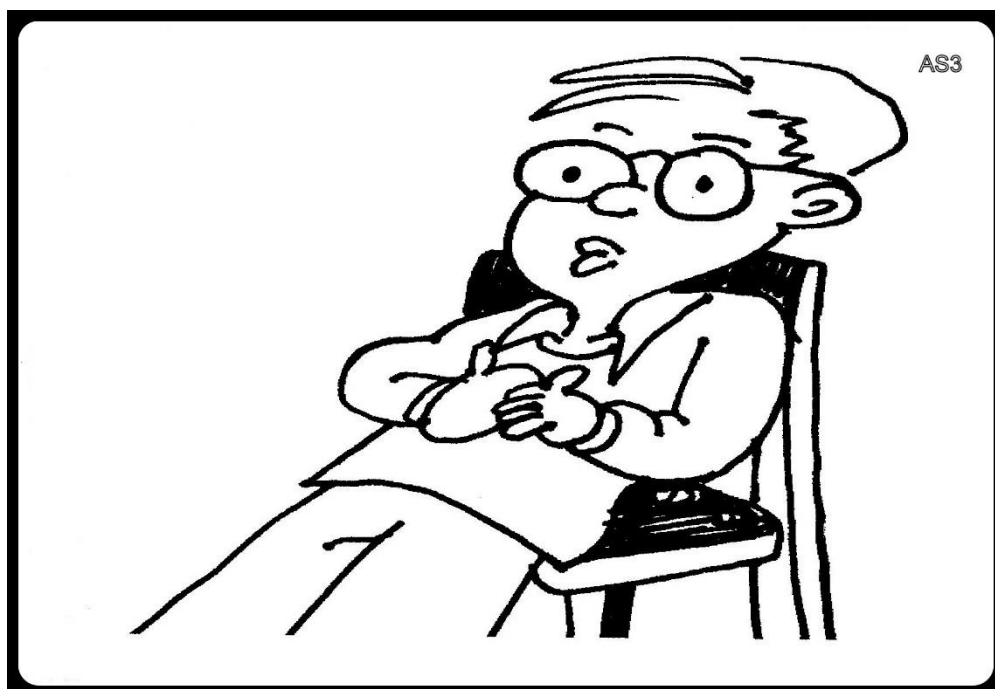
	SI	NO
<b>1. Visito poco a mis familiares (abuelos, tíos, etc.)</b> Este niño ve poco a sus abuelos, a sus tíos y a sus primos. ¿Te pasa a ti igual? ¿Ves poco a tus abuelos, tíos y primos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Paso mucho tiempo solo en casa.</b> Este niño pasa mucho tiempo solo en casa. ¿Te pasa a ti igual? ¿Pasas mucho tiempo solo en casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Mis padres se pasan el día discutiendo o peleándose.</b> Estos padres pasan todo el día discutiendo y peleándose. ¿Te pasa a ti igual? ¿Tus padres están todo el día discutiendo y peleándose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Mis padres están separados.</b> Los padres de este niño están separados. ¿Te pasa a ti igual? ¿Tus padres están también separados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. He cambiado de casa hace poco.</b> Este niño se ha ido a vivir hace poco a una casa nueva. ¿Te ha pasado a ti igual? ¿Te has ido a vivir a una casa nueva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Paso poco tiempo con mis padres.</b> Este niño pasa poco tiempo con sus padres. ¿Te pasa a ti lo mismo? ¿Tus padres pasan poco tiempo contigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SI	NO
<b>7. Mi casa es demasiado pequeña.</b> Esta familia no cabe en su casa. ¿Te pasa a ti igual? ¿Tu casa es muy pequeña?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Mi padre está en paro.</b> Este padre no tiene trabajo, está en paro. ¿Te pasa a ti igual? ¿Tu padre no trabaja y está en paro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Mis padres me mandan más cosas de las que puedo hacer.</b> A este niño sus padres le mandan cosas que el no sabe hacer. ¿Te pasa a ti lo mismo? ¿Tus padres te mandan cosas que no sabes hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Hay problemas económicos en mi casa.</b> En la casa de este niño no hay dinero suficiente para comprar comida, ropa, etc. ¿Te pasa a ti igual? ¿En tu casa falta dinero para comprar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

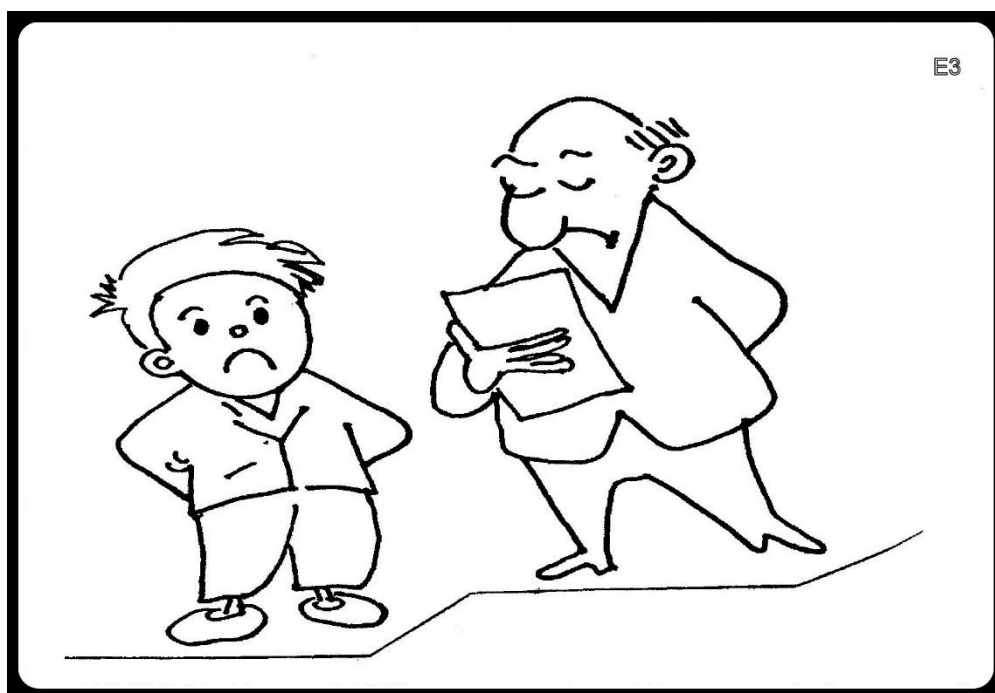
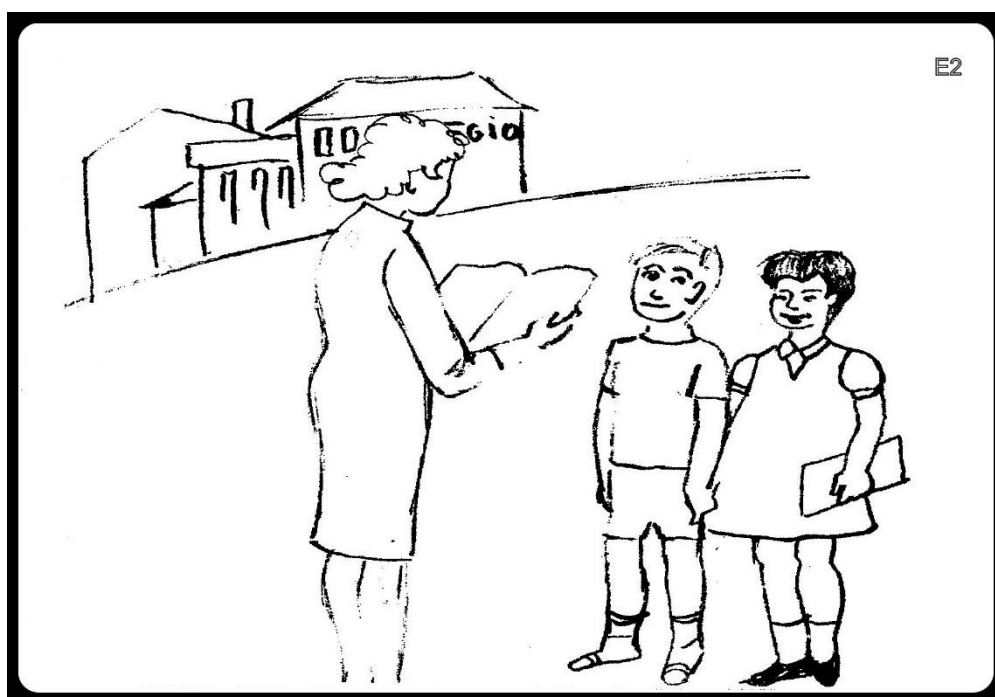
## 2. Cuadernillo de aplicación

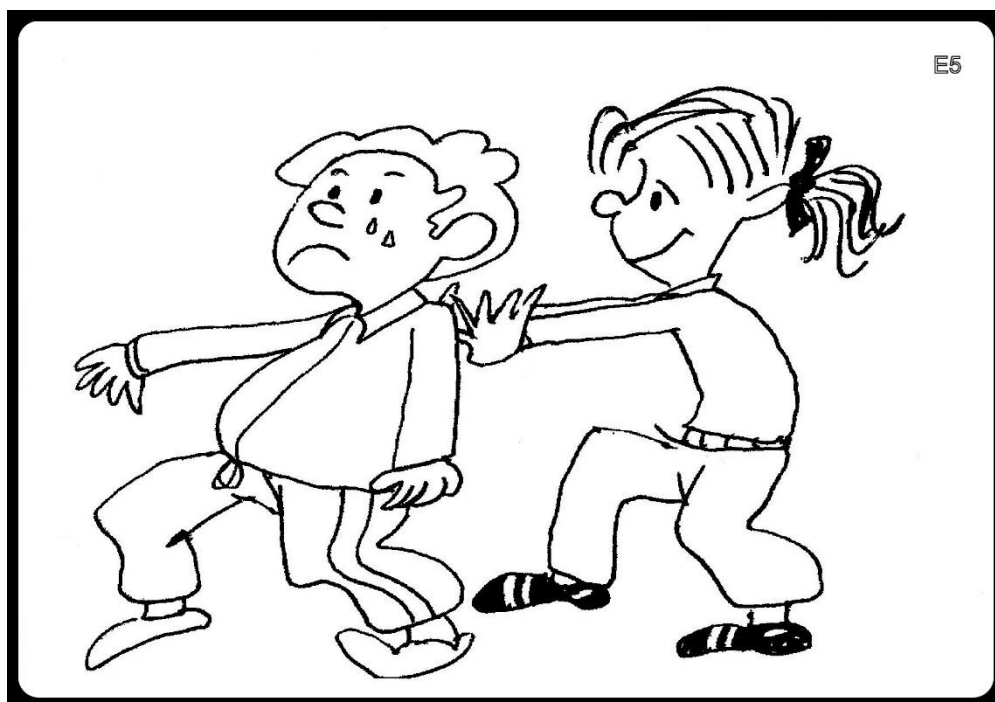
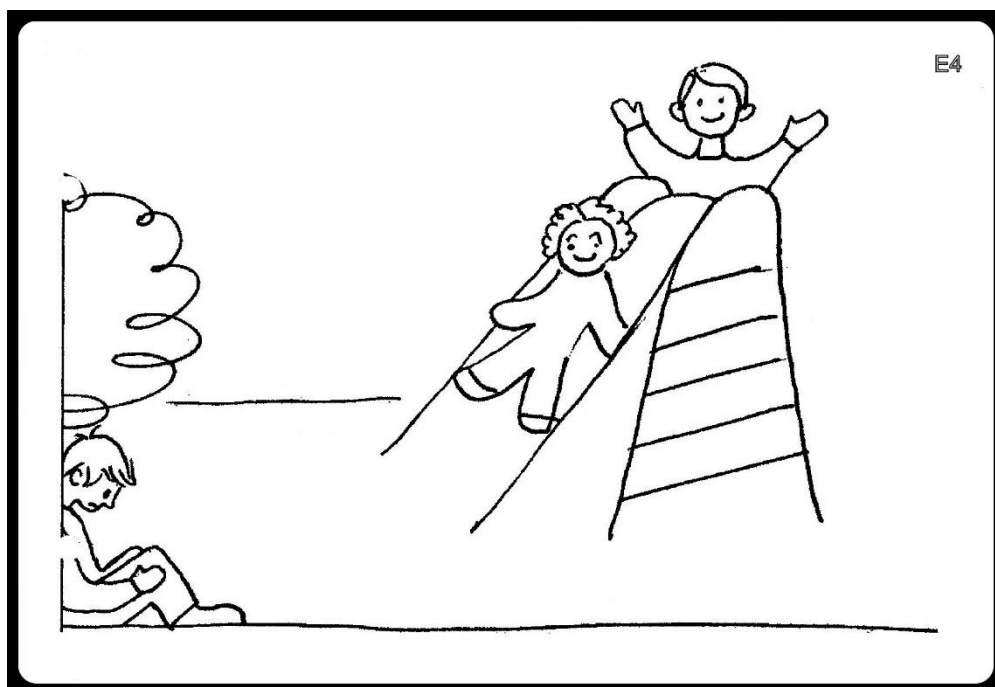


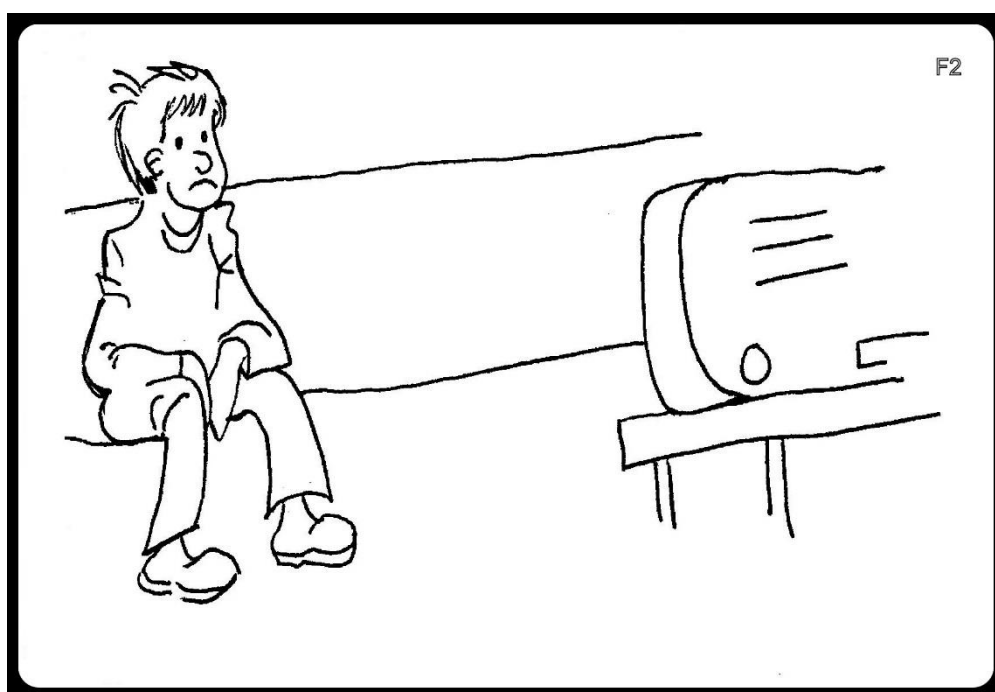




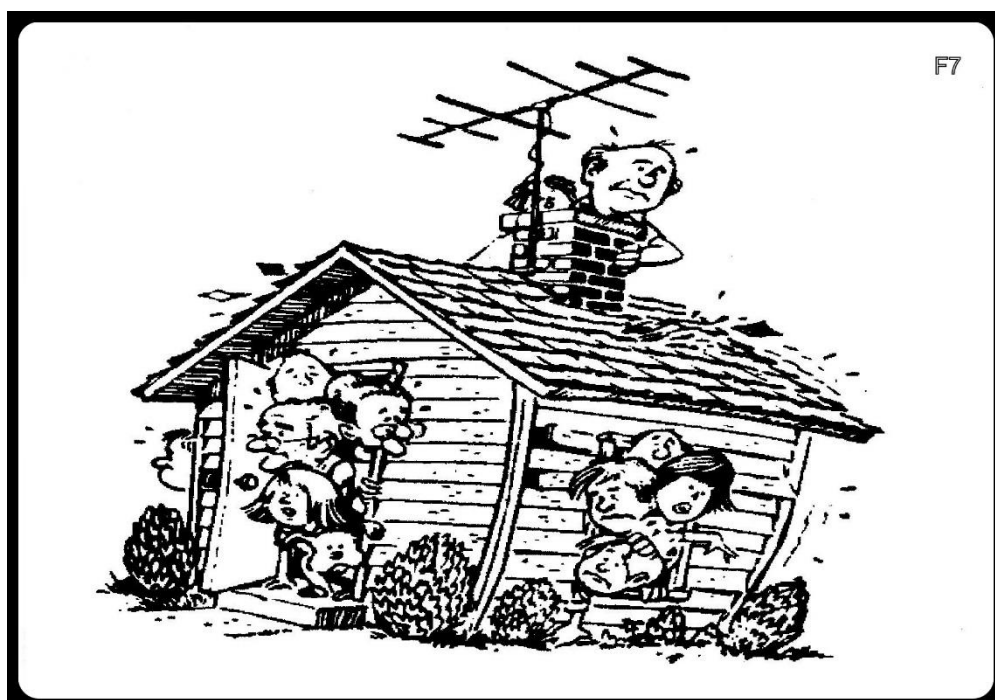
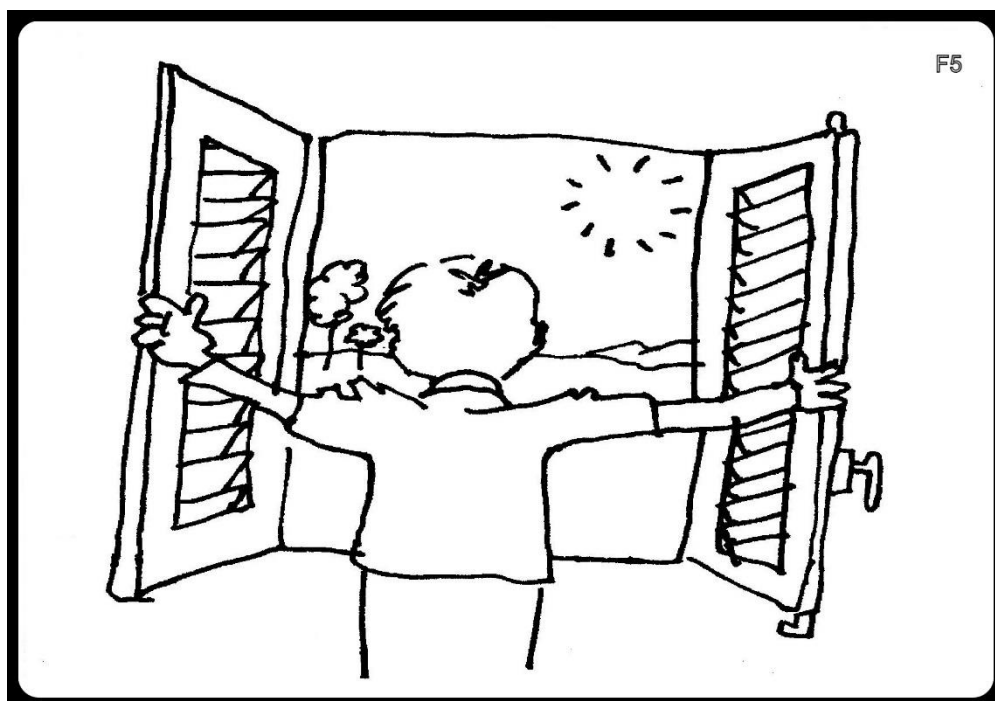


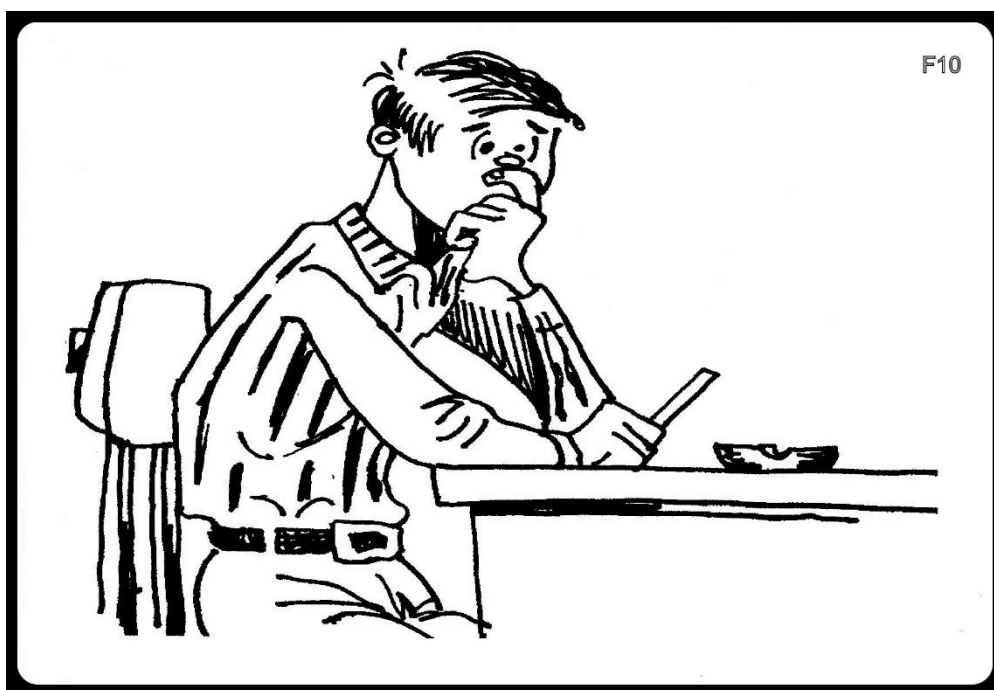












### 3. Programa de Detección y Prevención del Alumnado de Riesgo

Es un programa piloto que actualmente se está desarrollando en centros de educación pública: CEIP, CPR y Centros Específicos, a continuación se detallan algunos aspectos relacionados con el mismo.

#### a) Justificación del programa.

- El primer objetivo del programa es la prevención, entendida como el intentar determinar los factores de riesgo y de protección, antes de que se pueda producir la aparición de un trastorno o minimizar los efectos que pueda producir un trastorno ya existente, en el día a día de los niños y niñas en los distintos contextos en los que se desarrollan.
- Como segundo objetivo, la escuela como contexto en el cual se pueden desarrollar programas específicos dirigidos a la prevención e intervención en los problemas tanto a nivel de centro y profesorado, del alumnado, como nivel de las familias.
- El cuarto objetivo, consiste en la mejora del conocimiento del maestro sobre su alumnado, permitiendo realizar agrupaciones eficaces facilitando su tarea docente y el menor control conductual, así como la reducción de situaciones problemáticas en el aula.



- El quinto objetivo, se centra en la optimización de la derivación del alumnado de riesgo a los equipos de Orientación de zona, para iniciar los posibles protocolos de actuación en el menor tiempo.

b) A quién va dirigido.

- Al centro y profesorado.
- A todo el alumnado del centro desde infantil al último ciclo de primaria.  
Tanto a alumnos formalmente diagnosticados como a alumnos que no estén diagnosticados y puedan ser susceptibles de un diagnóstico formal.
- A las familias.

c) Los pilares del programa.





## d) Fases del programa.

- Fase I. Presentación del programa.
- Fase II. Entrega de cuestionarios y herramientas para su cumplimentación.
- Fase III. Recogida y corrección de los cuestionarios.
- Fase IV. Exposición de los resultados y planificación de las intervenciones.
- Fase V. Evaluación del programa, en función de los grados de satisfacción del profesorado, las familias y el rendimiento académico del alumnado junto a su grado de integración en el aula.

## e) Herramientas.

Inicialmente para la fase de detección del alumnado de riesgo se utilizan dos tipos de herramientas: en primer se utiliza la metodología ASEBA (Achenbach y Rescorla, 2001). En segundo lugar herramientas que nos sirvan para detectar el clima clase y poder realizar agrupaciones eficaces. Y en último lugar se realizan sesiones formativas tanto para el profesorado como para las familias.



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA